



LWA.430.005.2020  
Nr ewid. 176/2020/P/19/105/LWA

Informacja o wynikach kontroli

## FUNKCJONOWANIE SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

DELEGATURA W WARSZAWIE

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

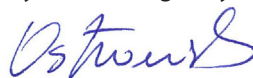
## WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

### Informacja o wynikach kontroli

#### Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego

Dyrektor Delegatury NIK w Warszawie



Beata Ostrowska

#### Akceptuję:

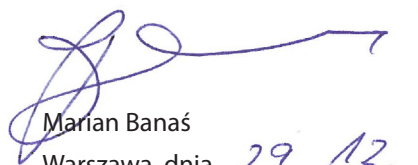
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

#### Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 29. 12. 2020

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
02-056 Warszawa  
T/F +48 22 444 50 00  
[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

# SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA .....	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	10
4. WNIOSKI.....	21
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI .....	22
5.1. Sprawowanie przez Ministra Zdrowia nadzoru nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego .....	22
5.2. Organizacja systemu ratownictwa medycznego w województwie i nadzór nad jego funkcjonowaniem.....	30
5.3. Finansowanie jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego.....	36
5.4. Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.....	40
5.5. Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.....	43
5.6. Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez szpitale prowadzące szpitalny oddział ratunkowy .....	46
6. ZAŁĄCZNIKI.....	50
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	50
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	55
Analiza uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	64
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	67
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	69
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli .....	70
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra .....	88

## Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

- PRM** Państwowe Ratownictwo Medyczne.
- OW NFZ** Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
- ZRM** Zespół Ratownictwa Medycznego. Jednostka systemu PRM podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniająca wymagania określone w ustawie (art. 3 pkt 10 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym)<sup>1</sup>.
- LPR** Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.
- SOR** Szpitalny oddział ratunkowy – komórka organizacyjna szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiąca jednostkę systemu, udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 3 pkt 9 ustawy o PRM).
- Dysponent jednostki** Podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w skład którego wchodzi jednostka systemu (art. 3 pkt 1 ustawy o PRM).
- Jednostka systemu** Jednostkami systemu są szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa, wchodzące w skład podmiotu leczniczego, będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego (art. 32 ust.1 ustawy o PRM).
- Lekarz systemu** Lekarz ze specjalizacją lub tytułem specjalisty w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne lub lekarz ze specjalizacją lub tytułem specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii czy pediatrii lub lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty. Do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być także lekarz, który wypracował 3000 godzin w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala i który do dnia 1 stycznia 2018 r. rozpoczął szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej (art. 3 pkt 3 ustawy o PRM).
- Pielęgniarka systemu** Pielęgniarka z tytułem specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezyjologii i intensywnej terapii, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezyjologii i intensywnej terapii, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz ma co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym (art. 3 pkt 6 ustawy o PRM).
- Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego** Stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych (art. 3 pkt 8 ustawy o PRM).

<sup>1</sup> Dz. U z 2020 r. poz. 882, dalej: „ustawa o PRM”.

<b>Pierwsza pomoc</b>	Zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia (art. 3 pkt 7 ustawy <i>o PRM</i> ).
<b>Medyczne czynności ratunkowe</b>	Świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 3 pkt 4 ustawy <i>o PRM</i> ).
<b>Miejsce zdarzenia</b>	Miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, i obszar, na który rozciągają się jego skutki (art. 3 pkt 5 ustawy <i>o PRM</i> ).
<b>Obszar działania</b>	Obszar działania ZRM określony w sposób zapewniający realizację parametrów czasów dotarcia, określonych w art. 24 ustawy <i>o PRM</i> , w ramach którego ZRM będzie dysponowany na miejsce zdarzenia w pierwszej kolejności (art. 3 pkt 13 ustawy <i>o PRM</i> ).
<b>Rejon operacyjny</b>	Rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu (art. 3 pkt 14 ustawy <i>o PRM</i> ).
<b>Dyspozytornia Medyczna</b>	Komórka organizacyjna dysponenta zespołów ratownictwa medycznego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu, utworzona w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. <i>o systemie powiadamiania ratunkowego i przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych</i> <sup>2</sup> (art. 3 pkt 14a w zw. z art. 25 a ustawy <i>o PRM</i> ).
<b>Segregacja medyczna</b>	Proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w zespołach ratownictwa medycznego, realizowany wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający stan zdrowia tych osób (art. 3 pkt 14b ustawy <i>o PRM</i> ).
<b>SWD PRM</b>	System Wspomagania Dowodzenia PRM – system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (art. 3 pkt 15 ustawy <i>o PRM</i> ).
<b>ZRM S</b>	Specjalistyczny ZRM, w skład którego wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. W przypadku, gdy żaden z członków ZRM nie spełnia warunków określonych w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. <i>o kierujących pojazdami</i> <sup>3</sup> – również kierowca (art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy <i>o PRM</i> ).
<b>ZRM P</b>	Podstawowy ZRM, w skład którego wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. W przypadku, gdy żaden z członków ZRM nie spełnia warunków ustawy <i>o kierujących pojazdami</i> – również kierowca (art. 36 ust. 1 pkt 2 ustawy <i>o PRM</i> ).

<sup>2</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1077, ze zm.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 978.

# 1. WPROWADZENIE

## Pytanie definiujące cel główny kontroli

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

## Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy Minister Zdrowia sprawował należyty nadzór nad funkcjonowaniem PRM?
2. Czy wojewoda należycie realizował na terenie województwa zadania dot. planowania, organizacji, koordynowania i nadzoru nad systemem PRM?
3. Czy jednostki systemu ratownictwa medycznego dysponują odpowiednią kadrą i wyposażeniem oraz prawidłowo realizują swoje zadania?
4. Czy środki finansowe przeznaczone na realizację zadań związanych z organizacją i funkcjonowaniem ratownictwa medycznego są prawidłowo planowane i wydatkowane?
5. Czy szpitalne oddziały ratunkowe działają zgodnie z założeniami systemu?

## Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia,  
Urzędy Wojewódzkie – 5,  
Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia – 5,  
Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego – 5,  
Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w Warszawie,  
Szpitale, mające w swojej strukturze szpitalne oddziały ratunkowe – 5

## Okres objęty kontrolą

Lata 2018–2020 (do dnia zakończenia kontroli) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały one związek z przedmiotem kontroli

Ratownictwo medyczne ma kluczowe znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa obywateli, ponieważ niesie pomoc nie tylko w przypadku pojedynczych zdarzeń związanych z zagrożeniem życia i zdrowia, ale również w sytuacji wystąpienia zdarzeń o charakterze masowym. Obowiązkiem administracji publicznej jest stworzenie rozwiązań systemowych adekwatnych do każdego rodzaju zagrożenia. Zapewnienie przez państwo pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, gwarantuje art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

W Polsce do udzielania pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego utworzony został system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Pierwszą ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym Sejm RP uchwalił 25 lipca 2001 r.<sup>4</sup> Utraciła ona moc 31 grudnia 2006 r. i została zastąpiona przez ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym<sup>5</sup>. Przepisy regulujące organizację systemu PRM oraz zasady jego funkcjonowania i finansowania zmieniały się wielokrotnie. Ostatnie istotne zmiany organizacyjne, które miały usprawnić funkcjonowanie całego systemu ratownictwa medycznego, wprowadzono ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw<sup>6</sup>. Dotyczyły one głównie przeniesienia zarządzenia Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego z resortu spraw wewnętrznych do resortu zdrowia i utworzenia Krajowego Centrum Monitoringu Ratownictwa Medycznego; wyeliminowania z systemu PRM podmiotów prywatnych, pełniących rolę dysponentów zespołów ratownictwa medycznego; wprowadzenia segregacji medycznej pacjentów szpitalnych oddziałów ratunkowych ustalającej kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem ich stanu zdrowia.

System PRM składa się z dwóch pionów. Pierwszym są organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu, czyli Minister Zdrowia i wojewodowie. Ich zadaniem jest organizowanie, planowanie, koordynowanie i nadzór nad realizacją zadań systemu oraz częściowo finansowanie jednostek systemu. Drugi pion stanowią współpracujące ze sobą jednostki systemu, tj. szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

Problem zapewnienia odpowiedniej opieki pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego był często podejmowany w mediach oraz był przedmiotem zainteresowania Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta. Do najczęściej wymienianych problemów zaliczano ograniczoną dostępność do świadczeń medycyny ratunkowej, przejawiającą się wydłużonym czasem oczekiwania na przyjazd zespołów ratownictwa medycznego oraz kolejkami w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Media informowały o nieprawidłowościach w ich funkcjonowaniu – dochodziło do dramatycznych zdarzeń skutkujących utratą zdrowia, a nawet życia pacjentów, którym nie udzielono niezwłocznie pomocy medycznej.

<sup>4</sup> Dz. U. Nr 113, poz. 1207, ze zm.

<sup>5</sup> Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm. (w pierwotnym brzmieniu), obecnie Dz. U. z 2020 r. poz. 882, dalej także: ustawa o PRM.

<sup>6</sup> Dz. U. poz. 1115, ze zm., dalej: ustawa o zmianie ustawy o PRM.

## WPROWADZENIE

Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego było przedmiotem kontroli NIK przeprowadzonej w 2011 r. Wyniki tej kontroli wskazywały na nieprawidłowości, polegające np. na: udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez szpitalne oddziały ratunkowe osobom, które nie znajdowały się w stanie zagrożenia zdrowotnego, obciążenie lekarzy medycyny ratunkowej kilkudziesięciogodzinnymi dyżurami i przekraczanie ustawowego czasu dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia.

## 2. OCENA OGÓLNA

System ratownictwa medycznego nie zawsze zapewnia sprawne podejmowanie działań medycznych wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego?

W okresie objętym kontrolą organy administracji rządowej odpowiedzialne za organizowanie, planowanie, koordynowanie i nadzór nad realizacją zadań systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego<sup>7</sup>, tj. Minister Zdrowia oraz wojewodowie, nie stworzyły warunków do sprawnego funkcjonowania tego systemu. Pomimo wprowadzonej zmianami<sup>8</sup> do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym reorganizacji systemu PRM oraz zwiększenia nakładów na jego funkcjonowanie, nie wyeliminowano najważniejszych, istniejących od wielu lat problemów. Należą do nich niewystarczające zasoby kadrowe (w systemie brakuje ok. 1500 lekarzy medycyny ratunkowej), obciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych<sup>9</sup> pacjentami niewymagającymi udzielenia świadczeń medycyny ratunkowej, długi czas oczekiwania w tych oddziałach na uzyskanie pomocy medycznej, przekraczanie określonych parametrów czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Na efektywność i sprawność funkcjonowania systemu PRM negatywnie wpłynęły nieprawidłowości w realizacji dwóch kluczowych projektów, powodujące opóźnienia w:

- rozbudowie Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM (SWD PRM),
- wdrożeniu systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (TOPSOR).

Systemy te miały umożliwić monitoring jakości udzielanych świadczeń przez jednostki systemu oraz przyczynić się do skrócenia czasu obsługi pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Poza opóźnieniem rozbudowy SWD PRM, w trakcie wdrażania nowych funkcjonalności w systemie wystąpiły błędy, które mogły zagrozić życiu i zdrowiu pacjentów. Główną przyczyną nieprawidłowości był fakt powierzenia realizacji tak skomplikowanych i wymagających specjalistycznej wiedzy projektów informatycznych Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu – 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 dalsze opóźnienia we wdrażaniu obydwóch projektów.

Minister nie dysponował rzetelnymi danymi dotyczącymi liczby pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowia oraz jakości udzielanych świadczeń ratownictwa medycznego, z uwagi na:

- błędy i opóźnienia we wdrażaniu w pełni funkcjonalnego Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM;
- niejednolity sposób wykazywania przez podmioty lecznicze liczby pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- przewlekłość zleconych przez Ministra postępowań kontrolnych.

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

Wojewodowie w żadnym ze skontrolowanych województw nie stworzyli warunków organizacyjnych pozwalających na uzyskanie przez zespoły ratownictwa medycznego, określonych w art. 24 ustawy o PRM, parametrów czasu dotarcia do osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (z wyjątkiem osób, u których doszło do nagłego zatrzymania krążenia). W trzech (na pięć skontrolowanych) województwach (zachodniopomorskim, lubuskim i kujawsko-pomorskim) nie zatrudniono dostatecznej liczby wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, niezbędnych do zapewnienia całodobowej realizacji zadań.

<sup>7</sup> Dalej: PRM.

<sup>8</sup> Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o PRM.

<sup>9</sup> Dalej także: SOR.



Wojewódzkie plany działania systemu PRM opracowywane były zgodnie z ustawą o PRM, jednak zawierały nierzetelne dane, dotyczące czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz liczby takich pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Tym samym nie były one wiarygodnym narzędziem planowania działań i nadzoru nad systemem PRM, zarówno na szczeblu województwa, jak i całego kraju.

Szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego wyposażone były w niezbędny do udzielania świadczeń sprzęt i leki, jednak stan zatrudnienia lekarzy w systemie PRM nie był dostosowany do istniejących potrzeb. W efekcie lekarze pracowali po kilkaset godzin miesięcznie (do 625 h) i pełnili dyżury nieprzerwanie przez kilkadziesiąt godzin (do 144 h), a specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wyjeżdżały do osób będących w stanie poważnego zagrożenia zdrowotnego bez lekarza, co wiązało się z nakładaniem na dysponentów przez NFZ kar umownych, które wobec braku lekarzy w systemie PRM, nie miały funkcji dyscyplinującej i prewencyjnej.

Niedobory takiej kadry medycznej będą się prawdopodobnie nasilały, ponieważ w kolejnych latach zmniejsza się liczba lekarzy chętnych do podejmowania specjalizacji w medycynie ratunkowej. W 2018 r. wykorzystanych zostało 13,7%, a w 2019 r. – 9,6% przygotowanych miejsc szkoleniowych w tej specjalizacji.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe<sup>10</sup>, w okresie objętym kontrolą, zapewniło ciągłą gotowość lotniczych zespołów do podjęcia medycznych czynności ratunkowych. LPR swoje zadania wykonywało rzetelnie i zgodnie z przepisami ustawy o PRM, warunkami określonymi w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia oraz zasadami wynikającymi z wojewódzkich planów działania PRM.

Finansowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych (ze środków NFZ) i zespołów ratownictwa medycznego (z budżetu wojewody) odbywało się zgodnie z zawartymi umowami, jednak pomimo wzrostu, w okresie objętym kontrolą, nakładów na te jednostki (na szpitalne oddziały ratunkowe o 5,4%, na zespoły ratownictwa medycznego o 10%), występowały tam problemy finansowe, które miały zasadniczy wpływ na ich funkcjonowanie. Brak wystarczających środków finansowych powodował trudności z uzupełnieniem kadry – lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej – z powodu niedostatecznej wysokości stawek wynagrodzenia dla takich specjalistów. Działalność wszystkich objętych kontrolą szpitalnych oddziałów ratunkowych generowała nawet kilkumilionowe straty dla szpitali, w których zostały one utworzone.

Wystąpiły także problemy z płynnością finansowania zadań dotyczących rozbudowy SWD PRM, realizowanych przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, z uwagi na częste przekazywanie środków z dotacji celowej dopiero w drugiej połowie roku budżetowego.

Dobrym kierunkiem działań, w ocenie NIK, było powołanie przez Radę Ministrów w lipcu 2019 r. Pełnomocnika Rządu do spraw PRM<sup>11</sup> (pełniącego równocześnie funkcję sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia), do zadań którego należy monitorowanie działań, analiza obowiązujących przepisów prawa i istniejących rozwiązań oraz przygotowanie propozycji nowych rozwiązań prawnych i inicjatyw w obszarze PRM.

<sup>10</sup> Dalej: LPR.

<sup>11</sup> Powołany rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 31 lipca 2019 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Rządu do spraw Państwowego Ratownictwa Medycznego (Dz. U. poz. 1434).

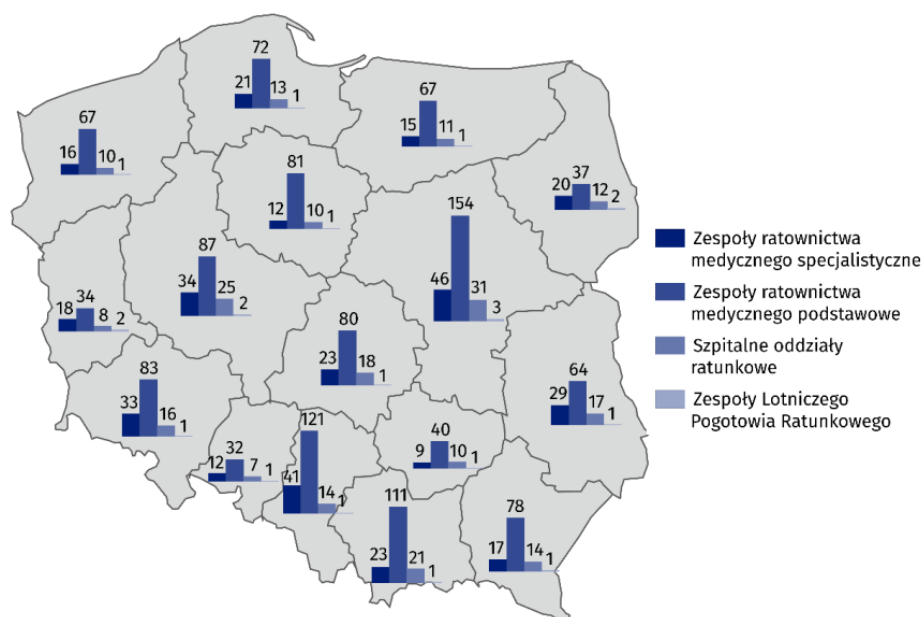
### 3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

#### Jednostki systemu PRM

W ramach Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w 2019 r. funkcjonowało 1577 zespołów ratownictwa medycznego (369 specjalistycznych i 1208 podstawowych)<sup>12</sup>. Doraźnej pomocy medycznej udzielało również Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (z 21 baz) oraz personel medyczny 237 szpitalnych oddziałów ratunkowych. Z systemem PRM współpracowało 155 izb przyjęć, 17 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z mnogimi wielonarządowymi obrażeniami ciała oraz 8 centrów urazowych dla dzieci.

Infografika nr 1

Jednostki systemu PRM w 2019 r.



Źródło: GUS.

#### Nieskuteczne działania Ministra Zdrowia w celu usprawnienia funkcjonowania systemu PRM

Zgodnie z art. 33 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej<sup>13</sup> za organizację i nadzór nad systemem PRM odpowiada Minister Zdrowia, który – w latach objętych kontrolą – podejmował różne działania dla usprawnienia funkcjonowania tego systemu. Podjął np. rozbudowę SWD PRM, rozpoczął realizację projektu TOPSOR, zwiększył nakłady na finansowanie PRM (np. podwyżki wynagrodzeń dla ratowników medycznych i pielęgniarek, zakup nowych ambulansów dla ZRM, wzrost stawki za „dobokaretkę”). Działania te nie doprowadziły jednak do wyeliminowania najważniejszych problemów ograniczających dostęp osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do ratunkowej opieki medycznej. W systemie opieki zdrowotnej brakuje lekarzy medycyny ratunkowej, przeciążone są szpitalne oddziały ratunkowe, obsługujące pacjentów, którzy nie wymagają ich opieki, wydłużony jest czas dotarcia zespołów ratunkowych do osób z nagłym zagrożeniem zdrowia czy życia.

[str. 22–27]

<sup>12</sup> Stan na koniec 2019 r.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 945, ze zm.

Ustawa o PRM została znowelizowana w dniu 10 maja 2018 r. ustawą o zmianie ustawy o PRM.

Minister Zdrowia z opóźnieniem wydał akty wykonawcze do znowelizowanej ustawy, tj. rozporządzenie z 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego<sup>14</sup> i z 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego<sup>15</sup>. Opóźnienie to wynosiło odpowiednio: ponad sześć i ponad osiem miesięcy po terminie wejścia w życie przepisów zobowiązujących do ich wydania. Z opóźnieniem wynoszącym ponad osiem miesięcy Minister ogłosił również obwieszczenie w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego<sup>16</sup>.

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 systemem (krajowym, wojewódzkim oraz dysponenta zespołów ratownictwa medycznego). Do czasu wejścia w życie tych uregulowań istniało ryzyko nieprawidłowej obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, co mogło zagrażać zdrowiu i życiu osób wymagających pilnego udzielenia świadczeń medycyny ratunkowej.

Minister Zdrowia nie ogłosił także standardów postępowania dla zespołu ratownictwa medycznego oraz kierującego akcją ratunkową, do czego zobowiązuje go art. 43 ustawy o PRM, który wszedł w życie 1 stycznia 2007 r.

[str. 22–23]

Warunkiem sprawnego nadzoru nad systemem jest wiarygodność informacji dotyczących jego funkcjonowania. Nierzetelne dane utrudniają zdiagnozowanie problemów, ustalenie ich przyczyn i skutków oraz podjęcie działań naprawczych. Tymczasem Minister nie dysponował rzetelnymi danymi dotyczącymi jakości udzielanych świadczeń ratownictwa medycznego oraz liczby pacjentów potrzebujących świadczeń medycyny ratunkowej, ponieważ dane uzyskiwane z SWD PRM, z wojewódzkich planów działania systemu PRM oraz Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>17</sup> nie były wiarygodne i spójne. Przykładowo: według SWD PRM czas dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia wynosił 838 godzin (35 dni)<sup>18</sup>; według wojewódzkich planów działania PRM pacjenci SOR niebędący w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego to 28–29% wszystkich pacjentów, natomiast wg NFZ to 69–71%.

Dane o pacjentach SOR pochodziły od podmiotów leczniczych, które niejednolicie kwalifikowały pacjentów do poszczególnych grup pod względem priorytetu udzielania świadczeń zdrowotnych. Liczba pacjentów, którzy

Kilkumiesięczne opóźnienia w wydaniu aktów wykonawczych do znowelizowanej ustawy o PRM

Nierzetelne dane o funkcjonowaniu systemu PRM

<sup>14</sup> Dz. U. poz.1310.

<sup>15</sup> Dz. U. poz. 1703.

<sup>16</sup> Dz. Urz. MZ z 2019 r. poz. 71.

<sup>17</sup> Dalej NFZ.

<sup>18</sup> W Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” w Warszawie.

nie byli w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykazywana przez skontrolowane szpitalne oddziały ratunkowe, wynosiła od 0 do ponad 28 tys. Minister Zdrowia, pomimo tak dużych rozbieżności pomiędzy danymi z poszczególnych szpitali oraz danymi z NFZ, nie doprowadził do ujednoczenia tej kwalifikacji, np. przez opracowanie odpowiednich wytycznych dla SOR.

W tym stanie rzeczy 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. [str. 23–24, 31–32]

**Opóźnienia i błędy  
w realizacji rozbudowy  
SWD PRM**

Minister Zdrowia nie sprawował dostatecznego nadzoru nad realizacją dwóch kluczowych dla systemu PRM projektów, tj. rozbudowy SWD PRM i TOPSOR.

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. Stanowi on również narzędzie monitorowania jakości funkcjonowania systemu PRM. Minister Zdrowia, po przejęciu od ministra właściwego do spraw administracji publicznej z dniem 1 stycznia 2019 r. nadzoru nad systemem SWD PRM<sup>19</sup>, zadania związane z administrowaniem i rozbudową tego systemu powierzył LPR<sup>20</sup>, które świadczy usługi ratownictwa medycznego i transportu sanitarnego i nie miało doświadczenia w realizacji skomplikowanych projektów informatycznych. Co prawda w strukturze LPR utworzono w tym celu komórkę organizacyjną Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego<sup>21</sup>, to jednak czas niezbędny do zorganizowania nowej komórki oraz zapoznania się ze strukturą i funkcjonalnością przejętego systemu, a także jego złożoność spowodowały, że LPR nie było w stanie dotrzymać wskazanego przez Ministra Zdrowia terminu wdrożenia rozbudowanego SWD PRM w wersji 2.0, tj. do końca 2020 r. Nowy termin określono na koniec 2022 r.

Użytkownicy SWD PRM (urzędy wojewódzkie i dysponenci ZRM) w latach 2018–2019 zgłaszali krytyczne uwagi dotyczące funkcjonowania SWD PRM, np.: błędy w raportach predefiniowanych, które generowały nieprawidłowe dane; brak funkcjonalności umożliwiającej bieżące aktualizowanie przebiegu karetki; nieprawidłową synchronizację czasu na komputerach stacjonarnych i terminalach, powodującą naruszenie chronologii realizacji zleceń; brak ciągłości działania systemu w przypadku łączenia z terminalem mobilnym.

W trakcie rozbudowy systemu SWD PRM o nowe funkcjonalności wystąpiły błędy, powodujące nieprawidłowości w funkcjonowaniu PRM (np. brak możliwości zalogowania się do systemu, niewykorzystywanie dostępnych ZRM, brak możliwości wprowadzenia do systemu prawidłowej oceny poziomu przytomności pacjenta), które mogły zagrozić życiu i zdrowiu pacjentów.

<sup>19</sup> Zgodnie z art. 1 pkt 21 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o PRM.

<sup>20</sup> Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. zmieniono statut LPR, wprowadzając zapis o realizowaniu zadania KCPRM przez jednostkę – Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 48.

<sup>21</sup> Dalej: KCPRM.

W tym stanie rzeczy SWD PRM nie zapewniał sprawnej realizacji zadań przez ZRM i nie był skutecznym narzędziem monitorowania jakości funkcjonowania systemu PRM.

W związku z nieprawidłowym działaniem systemu SWD PRM, Dyrektor LPR w lutym 2020 r. podjął działania naprawcze mające na celu wyeliminowanie nieprawidłowości i zapobieżenie wystąpieniu ich w przyszłości.

[str. 24–26]

We wszystkich skontrolowanych szpitalnych oddziałach ratunkowych prowadzona była segregacja medyczna pacjentów dotycząca pierwszeństwa w objęciu pacjenta niezbędną opieką medyczną. Zasady jej przeprowadzania w poszczególnych jednostkach były jednak różne. W związku z tym Minister Zdrowia planował od 1 października 2019 r. wdrożenie w szpitalach, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna albo samorząd województwa, projektu pn. „Tryb obsługi pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”. System ten miał ujednoczyć zasady rejestracji i segregacji pacjentów oraz usprawnić pracę SOR poprzez monitorowanie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne i poddawanie osób przebywających na terenie oddziału ciągłej ocenie ich stanu klinicznego. Zakładano, że realizacja projektu przyczyni się do zmniejszenia kolejek pacjentów w SOR, dzięki możliwości przekierowania części z nich do podstawowej opieki zdrowotnej. Minister Zdrowia wiodącą rolę w procesie wdrażania systemu TOPSOR na terenie kraju powierzył LPR<sup>22</sup>.

Opóźnienia  
i nieprawidłowości  
w realizacji projektu  
TOPSOR

Wskutek błędów popełnionych przez LPR na etapie przygotowania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na realizację tego projektu (nieprawidłowy opis przedmiotu zamówienia i specyfikacja istotnych warunków zamówienia), które nie pozwoliły na porównanie złożonych ofert, konieczne było unieważnienie rozpoczętego w lipcu 2019 r. przetargu. Termin wdrożenia projektu został przesunięty na 2021 r.

NIK wskazuje, że opis przedmiotu zamówienia i specyfikacja istotnych warunków zamówienia zostały opracowane nieprawidłowo, pomimo poprzedzenia postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego programem pilotażowym<sup>23</sup> i dialogiem technicznym, co świadczy o niedostatecznym nadzorze Ministra nad realizacją projektu. [str. 27]

Działania kontrolne Ministra Zdrowia nie stanowiły skutecznego narzędzia nadzoru nad systemem PRM. Korzystając z uprawnień wynikających z ustawy o PRM<sup>24</sup> oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*<sup>25</sup>, Minister Zdrowia w latach 2018–2019 zlecił wojewodom i konsultantom krajowym<sup>26</sup> przeprowadzenie 32 kontroli (w szpitalach i u dysponentów

Przewlekłość  
postępowań kontrolnych  
zleczanych przez Ministra  
Zdrowia

<sup>22</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>23</sup> Pn. „System informujący o przewidywanym czasie oczekiwania w kolejce w szpitalnym oddziale ratunkowym (SIOK)”, przeprowadzony w I kw. 2019 r. w czterech szpitalach.

<sup>24</sup> Art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM.

<sup>25</sup> Art. 119 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej – Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

<sup>26</sup> Przez konsultanta krajowego dziedzinie medycyny ratunkowej siedem i jedna przez konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii.

ZRM) w związku z doniesieniami medialnymi, skargami oraz wynikami analiz wysokiej śmiertelności pacjentów). Większość z nich była prowadzona przewlekłe (19 niezakończonych postępowań). W przypadku pięciu kontroli, konsultantowi krajowemu w dziedzinie medycyny ratunkowej wydano kolejne upoważnienie do kontroli na okres dwóch miesięcy dopiero po upływie od 53 do 258 dni od daty upływu ważności poprzedniego upoważnienia. Jedno z wystąpień wysłano po 427 dniach od daty upływu ważności upoważnienia. [str. 29]

Nierzetelne dane  
podstawą opracowań  
wojewódzkich planów  
działania PRM

Wojewodowie odpowiedzialni za organizację systemu PRM na terenie ich działania, opracowali wojewódzkie plany działania systemu PRM oraz zapewnili utrzymanie i funkcjonowanie na terenie województwa systemu SWD PRM. Wojewódzkie plany działania systemu PRM opracowane były zgodnie z przepisami, tj. plany zostały uzgodnione z właściwymi podmiotami<sup>27</sup> (poza jednym przypadkiem), przekazane do zaopiniowania jednostkom samorządu terytorialnego i do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia (tylko Wojewoda Kujawsko-Pomorski w terminie) oraz sporządzone zgodnie ze wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne<sup>28</sup>.

Podstawą opracowania planów były dane pochodzące z SWD PRM oraz od jednostek systemu PRM. Dane te nie zawsze były przez wojewodów analizowane i weryfikowane, pomimo że były niewiarygodne (np.: czas dojazdu ZRM na miejsca zdarzenia 838 godzin<sup>29</sup>, liczba lekarzy systemu przekraczała liczbę lekarzy ogółem<sup>30</sup>) oraz w sposób znaczący różniły się w poszczególnych jednostkach (np.: liczba pacjentów SOR niebędących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynosiła od 0 do ponad 28 tys.). W konsekwencji wojewódzkie plany działania nie mogły stanowić rzetelnego narzędzia organizacji i nadzoru nad systemem PRM, zarówno na szczeblu województwa, jak i całego kraju. [str. 31–32]

Niedopełnienie  
obowiązków przez  
wojewodów:  
– niezorganizowanie  
całodobowych  
dyżurów  
koordynatorów RM,  
– nieskuteczne  
działania w kwestii  
skrócenia czasu  
dojazdu zespołów ZRM  
do wezwania

Zgodnie z ustawą o PRM (art. 24) miernikami funkcjonowania systemu PRM są m.in. mediana czasu dotarcia oraz maksymalny czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu przez dysponenta. Wojewodowie powinni podejmować działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia określonych w ustawie parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia.

W okresie objętym kontrolą, działania wojewodów w tym zakresie były niedostateczne.

Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, wskazana w art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM, jest nie większa niż 8 minut w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców 15 minut poza tymi miastami.

<sup>27</sup> O których mowa w art. 21 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy o PRM, tj. m.in. z dyrektorem OW NFZ, komendantem wojewódzkim PSP, komendantem wojewódzkim Policji.

<sup>28</sup> Dz. U z 2018 r. poz. 2154.

<sup>29</sup> W Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” w Warszawie.

<sup>30</sup> Według stanu na koniec 2018 r. liczba wszystkich lekarzy zatrudnionych w PRM wynosiła 5539, w tym 6856 lekarzy systemu.

Według danych z wojewódzkich planów działania systemu PRM w 2018 r.<sup>31</sup>, mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu przez dyspozytora w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców i poza tymi miastami, przekraczała parametry określone w art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM, odpowiednio o 55 sekund oraz 1 minutę i 1 sekundę.

Według danych Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego dotyczących 2019 r.<sup>32</sup>, mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia<sup>33</sup> dla miast powyżej 10 tys. mieszkańców poza tymi miastami, przekraczała ww. parametry, odpowiednio o 1 minutę i 54 sekundy oraz 54 sekundy.

Przekraczane były również parametry maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu przez dyspozytora (tj. do 15 minut w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców i do 20 minut poza tymi miastami)<sup>34</sup>. Udział wyjazdów ZRM niespełniających tego parametru w całkowitej liczbie wyjazdów wynosił w 2017 r. – 18,4% a w 2018 r. – 28,3%<sup>35</sup>.

Limity czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia były przestrzegane jedynie w przypadku zdarzeń, w których doszło do nagłego zatrzymania krążenia.

Na podstawie art. 29 ustawy o PRM wojewodowie zobowiązani byli od 26 czerwca 2018 r. do zatrudnienia na podstawie stosunku pracy w urzędzie wojewódzkim tylu wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, by zabezpieczyć całodobową koordynację i współpracę dyspozytorów oraz rozstrzygnięcie o przyjęciu przez szpital pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, który jest transportowany przez ZRM. W latach 2018–2019 na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego pracowało w kontrolowanych urzędach od trzech do 15 osób, mających kwalifikacje określone w ustawie. Spośród pięciu kontrolowanych wojewodów, tylko dwóch zapewniło całodobowe dyżury koordynatorów (Wojewoda Lubelski i Mazowiecki).

Niezapewnienie w urzędach wojewódzkich całodobowych dyżurów koordynatorów PRM stwarzało stan zagrożenia dla zdrowia i życia obywateli w sytuacjach, które wymagały interwencji koordynatora. [str. 32–36, 42]

W 2018 r. zatrudnionych było w systemie PRM 1004 lekarzy ze specjalizacją z medycyny ratunkowej, co wg opinii konsultanta krajowego w tej dziedzinie, stanowiło zaledwie 39% zapotrzebowania systemu PRM na tę grupę specjalistów.

Deficyt lekarzy w systemie PRM spowodował niepełne zabezpieczenie obsady szpitalnych oddziałów ratunkowych i specjalistycznych ZRM, a lekarze tam zatrudnieni pełnili kilkudziesięciogodzinne dyżury bez odpoczynku. Zdarzały się przypadki, że w SOR dyżur pełnił tylko jeden lekarz i to nie zawsze specjalista medycyny ratunkowej, albo nieobsadzone było

Niewystarczająca liczba lekarzy medycyny ratunkowej w systemie PRM i chętnych do kształcenia się w tej specjalizacji

<sup>31</sup> Informacja z dnia 27 lutego 2020 r. Nr IKA 1947884.AF. przekazana w trakcie kontroli NIK przez dyrektora DRMiO. MZ nie dysponuje danymi za 2019 r.

<sup>32</sup> Informacje uzyskane w trakcie kontroli w LPR – pismo z dnia 6 marca 2020 r. Nr DKCM.07.1053-23.19.

<sup>33</sup> Wartość uśredniona dla kraju w całym roku.

<sup>34</sup> Określonego w art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM.

<sup>35</sup> MZ nie dysponowało do dnia zakończenia kontroli danymi za 2019 r.

stanowisko ordynatora takiego oddziału (105 Kresowy Szpital Wojskowy w Żarach<sup>36</sup>). Nie zabezpieczało to prawidłowego funkcjonowania SOR, co jest wymagane § 12 rozporządzenia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego<sup>37</sup>.

Zatrudnieni w SOR lekarze pełnili dyżury nieprzerwanie nawet przez 79,6 godziny (Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie<sup>38</sup>) a w ZRM – 144 godziny/z godziną przerwą/ (Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” w Warszawie<sup>39</sup>).

Były również przypadki, że dysponenci ZRM wysyłali do zdarzeń specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego bez lekarza, co naruszało warunki umów na świadczenie usług medycznych zawartych z NFZ i wiązało się z nakładaniem na dysponentów kar umownych. Z uwagi na deficyt lekarzy w systemie PRM, kary te nie spełniały funkcji prewencyjnej i dyscyplinującej.

Taki stan rzeczy ograniczał pacjentom będącym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego dostęp do niezwłocznej i adekwatnej dla ich stanu zdrowia opieki medycznej oraz stwarzał ryzyko obniżenia standardów realizowanych świadczeń.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2018–2019, mimo trudności z zatrudnieniem lekarzy medycyny ratunkowej (niskie stawki wynagrodzeń powodujące dużą rotację personelu), zapewniło ciągłą gotowość lotniczych zespołów do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z przepisami ustawy o PRM, warunkami określonymi w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia oraz zasadami wynikającymi z wojewódzkich planów działania PRM.

W okresie objętym kontrolą nastąpił spadek liczby lekarzy chętnych do kształcenia się w specjalizacji z medycyny ratunkowej – przygotowane w 2018 r. i w 2019 r. miejsca szkoleniowe w tej specjalizacji wykorzystane zostały odpowiednio: w 13,7% i 9,6%. Nie przyniosły efektów podejmowane w 2018 r. przez Ministra Zdrowia działania naprawcze nie przyniosły dotychczas efektów, choć Minister Zdrowia wystąpił o umożliwienie lekarzom ze specjalizacją z medycyny ratunkowej uzyskanie, w trybie tzw. „krótkiej ścieżki”, specjalizacji w 14 innych dziedzinach medycyny. Podobnie mało skuteczna okazała się aktualizacja programów szkoleń specjalizacyjnych, by lekarze szkolący się w dziedzinie pediatrii, chorób wewnętrznych czy chirurgii mogli pełnić dyżury w SOR lub Izbie Przyjęć, w ramach odbywanego w danym szpitalu szkolenia specjalizacyjnego.

[str. 28–30, 35–36, 40–42, 47]

**Obciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych pacjentami niewymagającymi udzielenia świadczeń medycyny ratunkowej**

Szpitalne oddziały ratunkowe udzielały pomocy medycznej (świadczeń zdrowotnych) wszystkim zgłaszającym się osobom, również takim, które nie znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pacjenci SOR, którzy nie wymagali pilnych zabiegów medycyny ratunkowej stanowili, w zależności od źródła danych, w 2018 r. – od 28% (dane SOR) do 71% (dane NFZ) i w I półroczu 2019 r. odpowiednio: od 29% do 69%. Obciąż-

<sup>36</sup> Dalej także: szpital w Żarach.

<sup>37</sup> Dz. U. poz. 1213, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie SOR – obowiązuje od 1 lipca 2019 r., poprzednio obowiązywało rozporządzenie z dnia 3 listopada 2011 r. – Dz. U. z 2018 r. poz. 1213.

<sup>38</sup> Dalej także: Szpital Wojewódzki w Koszalinie lub szpital w Koszalinie.

<sup>39</sup> Dalej także: MEDITRANS w Warszawie.



zenie SOR pacjentami, którzy nie wymagali ratunkowej opieki medycznej wydłużało czas oczekiwania na pilną pomoc medyczną pacjentów, którzy takiej pomocy wymagali.

Ten stan rzeczy, w ocenie NIK, był konsekwencją ograniczonej dostępności do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz braku skutecznego mechanizmu, pozwalającego na ograniczenie udzielania świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych osobom, które tego nie wymagały. [str. 49]

W skład skontrolowanych SOR wchodziły wszystkie wymagane obszary, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie SOR, tj. obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, obszar resuscytacyjno-zabiegowy, obszar wstępnej intensywnej terapii, obszar terapii natychmiastowej, obszar obserwacji, obszar konsultacyjny.

W wyposażeniu SOR nie stwierdzono braków sprzętu i aparatury medycznej, jednak w szpitalach w: Chełmie, Żarach i Koszalinie sprzęt i aparatura były pożyczane innym oddziałom szpitala, co wbrew § 4 pkt 4 tego rozporządzenia, ograniczało niezwłoczny dostęp pacjentów SOR do tych urządzeń.

Wszystkie badane szpitalne oddziały ratunkowe zapewniły całodobowy dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, do badań USG, do komputerowego badania tomograficznego oraz do badań endoskopowych.

ZRM dysponowały 1557 ambulansami wyposażonymi w niezbędny sprzęt i leki. W 2019 r. z funduszy z budżetu Ministra Zdrowia (dotacja celowa) sfinansowano za kwotę 80 mln zł wymianę najstarszych pojazdów, zakupując 200 ambulansów/karetek na potrzeby ZRM.

W okresie objętym kontrolą, w akcjach ratowniczych, w których uczestniczyło brało udział 27 śmigłowców i dwa samoloty LPR. Wszystkie były sprawne technicznie oraz podlegały obowiązkowej okresowej obsłudze technicznej potwierdzonej stosownym certyfikatem. Stwierdzono jednak, że LPR nie dysponowało symulatorem lotów na śmigłowcu EC 135 P3, co utrudniało utrzymanie i doskonalenie kwalifikacji zawodowych pilotów i skutkowało koniecznością wykorzystywania samolotów operacyjnych do celów szkoleniowych. LPR bezskutecznie wnioskowało do Ministra Zdrowia o sfinansowanie zakupu takiego urządzenia.

Z powodu niewystarczającej liczby baz LPR nie było w stanie zapewnić zasięgu operacyjnego w najwyższym standardzie (60 km z czasem gotowości do startu do 3 minut) na całym terytorium Polski. W porze nocnej zasięg operacyjny w tym standardzie ograniczał się do obszarów położonych w promieniu 60 km od czterech dużych miast: Warszawa, Kraków, Wrocław, Gdańsk. [str. 40, 43–46]

Sposób funkcjonowania oraz wymagane elementy techniczne *dyspozytorni medycznej* określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej<sup>40</sup>. Trzy z pięciu objętych kontrolą dyspozytorni medycznych były wyposażone i zorganizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Dyspozytornie

Dobre wyposażenie jednostek systemu PRM w sprzęt i urządzenia przy ograniczonym dostępie do niektórych urządzeń

Nieprawidłowości w funkcjonowaniu dyspozytorni medycznych

<sup>40</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 2001, dalej: rozporządzenie w sprawie organizacji dyspozytorni.

medyczne wykorzystywane przez dysponentów ZRM w Zamościu i Bydgoszczy nie miały odpowiednio wyposażonych rezerwowych stanowisk dyspozytorskich.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora wysyłającego<sup>41</sup>, określało maksymalny czas na podjęcie poszczególnych czynności przez dyspozytorów medycznych.

Na podstawie danych KCMRM ustalono, że u wszystkich skontrolowanych dysponentów ZRM wystąpiły przypadki przekroczenia parametrów określonych w tym rozporządzeniu, w przypadku zgłoszeń oznaczonych Kodem nr 1<sup>42</sup>, gdy niezbędny jest natychmiastowy wyjazd zespołu ratownictwa medycznego w związku ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, wymagającym natychmiastowego podjęcia medycznych czynności ratunkowych. Dotyczyło to zarówno czasu przeznaczanego na przyjęcie zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego (120 sekund – § 5 ust. 3), jak i zadysponowania ZRM przez dyspozytora wysyłającego (30 sekund – § 8 ust. 2 pkt 1 lit. a) oraz wyjazdu ZRM po zadysponowaniu do miejsca zdarzenia (60 sekund – § 7 ust. 2 pkt 1 lit. b). Odsetek przekroczeń czasu przyjęcia zgłoszenia wynosił od 31,8% (w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie) do 51,68% (w MEDITRANS w Warszawie); czasu zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego od 15,4% (w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie) do 34,80% (w MEDITRANS w Warszawie) oraz czasu wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia od 11,52% (w MEDITRANS w Warszawie) do 72,52% (w Samodzielnej Publicznej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wielkopolskim<sup>43</sup>). [str. 40, 42–43]

#### Błędy w dokumentacji medycznej

W sześciu z 10 skontrolowanych podmiotów dokumentacja medyczna oraz księgi dysponenta ZRM prowadzone były niezgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia<sup>44</sup>. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na niewypełnianiu wszystkich wymaganych elementów kart zleceń wyjazdu ZRM (Pogotowie Ratunkowe w Bydgoszczy) oraz w dokumentacji medycznej pacjentów SOR (w czterech z pięciu skontrolowanych szpitali prowadzących SOR), wymaganych informacji dotyczących: danych pacjenta, danych wzywającego, opisu badania, rozpoznania wstępnego, podpisów lekarzy wypisujących, oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji i informacji o jego stanie zdrowia lub adnotacji o niezłożeniu takiego oświadczenia. [str. 48–49]

#### Finansowanie systemu PRM

Przedszpitalne świadczenia ratunkowe dotyczące systemu PRM były finansowane z budżetu państwa, z części, których dysponentami są Minister Zdrowia i wojewodowie, natomiast szpitalne świadczenia ratunkowe w SOR – ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

<sup>41</sup> Dz. U. Nr 1703, weszło w życie 6 września 2019 r.

<sup>42</sup> Zgodnie z § 5 ust. 2 pkt 1 tego rozporządzenia, nadanie kodu pilności KOD 1 oznacza, że niezbędny jest 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>43</sup> Dalej także: Pogotowie Ratunkowe w Gorzowie Wielkopolskim.

<sup>44</sup> Dz. U. poz. 2069, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji.

Finansowanie zadań KCMRM dotyczących administrowania oraz rozbudowy i modyfikacji systemu SWD PRM pochodziło z dotacji celowej, z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia.

W okresie 2018–2019 środki na finansowanie PRM zostały zwiększone w każdym z wymienionych wyżej obszarów:

- dotacja na finansowanie ZRM w 2018 r. wyniosła 2 035 265 tys. zł i w 2019 r. wzrosła o 5,4% do kwoty 2 145 972 tys. zł<sup>45</sup>;
- wartość zrealizowanych świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych w 2018 r. wyniosła 1 472 387 tys. zł i wzrosła o 10% w 2019 r. do 1 616 822 tys. zł;
- Lotnicze Pogotowie Ratunkowe 2018 r. otrzymało dotację podmiotową w wysokości 131 235,2 tys. zł, która w 2019 r. wzrosła o 7,3% do kwoty 140 766,8 tys. zł;
- dotacja celowa na wydatki bieżące KCMRM wyniosła w 2018 r. – 2743,5 tys. zł, z których wykorzystano 1637,7 tys. zł (59,7%), w 2019 r. – 9224,6 tys. zł, z której wykorzystano w środki w kwocie 8944,9 tys. zł (97%).

Wszyscy kontrolowani wojewodowie, na podstawie art. 49 ust. 1 ustawy o PRM, powierzyli dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ przeprowadzenie postępowań o zawarcie umów z dysponentami ZRM na wykonywanie zadań przez te zespoły oraz zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>46</sup>, wojewodowie zawarli także umowy z dyrektorami oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, które dotyczyły finansowania systemu ratownictwa medycznego w województwie w 2019 r., do wysokości środków przewidzianych na ten cel w ustawie budżetowej na rok 2019 z dnia 16 stycznia 2019 r.<sup>47</sup>

Konkursy na udzielanie świadczeń przez ZRM zostały przeprowadzone przez kontrolowane oddziały wojewódzkie NFZ zgodnie z art. 139 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>48</sup>. Zadania ZRM były finansowane w formie dobowej stawki ryczałtowej, której wysokość była uzależniona od rodzaju ZRM i regionu kraju. W latach 2018–2019 średnia stawka ZRM specjalistycznego wynosiła w 2018 r. – 4075,43 zł, w 2019 r. – 4101,47 zł, a dla ZRM podstawowego odpowiednio: 3056,58 zł i 3076,10 zł. Dysponenci ZRM w celu ograniczenia kosztów działania zmniejszali liczbę specjalistycznych ZRM.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe finansowane były na zasadach i w trybie określonym w ustawie o świadczeniach, w ramach środków określonych w planie finansowym NFZ.

We wszystkich skontrolowanych przez NIK szpitalach występowały problemy z pokryciem, z otrzymywanych środków finansowych, kosztów działalności szpitalnych oddziałów ratunkowych. Wystąpiła też negatywna

<sup>45</sup> Dane według sprawozdania wykonania budżetu państwa za 2018 i 2019 r.

<sup>46</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

<sup>47</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 198.

<sup>48</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach.

tendencja do pogłębiania się strat na działalności SOR w poszczególnych szpitalach (np.: w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie strata na działalności SOR w 2018 r. wyniosła 583,4 tys. zł a w ciągu trzech kwartałów 2019 r. wzrosła do 1025 tys. zł; w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie, w tym samym okresie, wzrosła z 2234,1 tys. zł do 2755,2 tys. zł).

Zawarte ze świadczeniodawcami umowy zawierały postanowienia zabezpieczające interes NFZ, poprzez możliwość naliczania kar umownych w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. W latach 2018–2019 skontrolowane oddziały NFZ naliczyły kary umowne z tego tytułu w kwocie łącznej 1159,9 tys. zł.

Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego była finansowana w formie dotacji podmiotowej z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. LPR zapewniało ciągłą gotowość do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, spełniając tym samym warunek do otrzymania dotacji.

Przyznana w 2019 r. dotacja w kwocie 140 766,8 tys. zł nie pokrywała zapotrzebowania na środki finansowe złożonego przez LPR w wysokości 144 184 tys. zł. Wysokość dotacji podmiotowej była czterokrotnie zmieniana w trakcie roku budżetowego, co także utrudniało jednostce planowanie bieżących działań i stanowiło ryzyko zaciągania zobowiązań przekraczających wysokość otrzymanych środków.

Finansowanie zadań bieżących oraz wydatków inwestycyjnych Krajowego Centrum Monitoringu Ratownictwa Medycznego odbywało się, zgodnie z art. 27a ust. 3 i 4 ustawy o PRM, z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia:

- dotacja celowa na wydatki bieżące wyniosła w 2018 r. – 2743,5 tys. zł, z których wykorzystano 1637,7 tys. zł (59,7%) i 9224,6 tys. zł w 2019 r.; z których wykorzystano środki w kwocie 8944,9 tys. zł (97%);
- dotacja celowa na zakupy inwestycyjne związane z działaniem KCMRM w okresie 2018–2019 wyniosła 23 784,7 tys. zł.

Środki z dotacji uruchamiane były w drugiej połowie roku budżetowego, tj. 21 września w 2018 r. i 8 lipca w 2019 r.

W ocenie NIK, finansowanie wydatków KCMRM z rezerwy celowej uruchamianej w drugiej części roku budżetowego, utrudniało w istotny sposób zarządzanie jednostką, m.in. prowadzenie postępowań o udzielanie zamówień publicznych. [str. 36–40]

**Pełnomocnik Rządu  
do spraw PRM**

Powołany w II połowie 2019 r. Pełnomocnik Rządu do spraw PRM<sup>49</sup>, pełniący równocześnie funkcję sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, podejmował działania zmierzające do rozwiązywania problemów ratownictwa medycznego oraz przygotowywał propozycje zmierzające do poprawy funkcjonowania PRM. [str. 30]

<sup>49</sup> Powołany rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 31 lipca 2019 r. w sprawie *ustanowienia Pełnomocnika Rządu do spraw Państwowego Ratownictwa Medycznego* (Dz. U. poz. 1434).

## 4. WNIOSKI

Wyniki kontroli wskazują, że najważniejszymi problemami w funkcjonowaniu systemu PRM są: deficyt lekarzy medycyny ratunkowej oraz obciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych pacjentami, którzy nie są w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, co znacznie ogranicza dostępność świadczeń medycyny ratunkowej pacjentom wymagającym natychmiastowej pomocy dla ratowania ich zdrowia i życia.

W związku z powyższym niezbędne jest, zdaniem NIK, **dokonanie przez Pełnomocnika Rządu do spraw ratownictwa medycznego kompleksowej analizy przyczyn powyższych problemów i przygotowanie całościowej koncepcji rozwoju systemu PRM, zapewniającej ich wyeliminowanie oraz wprowadzenie stałego monitoringu jakości funkcjonowania ratownictwa medycznego.**

Wnioski pokontrolne skierowane do Ministra Zdrowia, wojewodów, dysponentów ZRM, Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego i dyrektorów szpitali prowadzących SOR przedstawione zostały w pkt 6.1. Informacji.

## 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### 5.1. Sprawowanie przez Ministra Zdrowia nadzoru nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego

Brak skutecznego nadzoru Ministra Zdrowia nad systemem PRM

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>50</sup>, odpowiada za organizację i nadzór nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego. W okresie objętym kontrolą, sprawowany przez Ministra Zdrowia nadzór nad Państwowym Ratownictwem Medycznym i podejmowane przez niego działania organizacyjne nie zapewniały skutecznego funkcjonowania tego systemu, w sposób gwarantujący w każdym przypadku podjęcie odpowiednich działań wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o czym świadczą wyniki kontroli przedstawione poniżej.

Opóźnienia w wydawaniu aktów wykonawczych

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym została znowelizowana 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 o PRM rozporządzenia *w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego*;
- na podstawie art. 27 ust. 5 ustawy o 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 o 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>51</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>52</sup> (opóźnienie 8 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>53</sup> (opóźnienie 8 miesięcy i 10 dni).

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.

<sup>50</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 945, ze zm.

<sup>51</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1703.

<sup>52</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1310.

<sup>53</sup> Dz. Urz. MZ z 2019 r. poz. 71.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

NIK zwraca uwagę, że ustawa o zmianie ustawy o 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>54</sup>. Ponadto zgodnie z § 13 tego rozporządzenia, jednocześnie z projektem ustawy przygotowuje się projekty rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla jej funkcjonowania.

Ustawa o PRM w art. 43, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2007 r., zobowiązywała Ministra Zdrowia do ogłoszenia w drodze obwieszczenia 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.

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

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.

Warunkiem sprawnego nadzoru nad systemem jest wiarygodność informacji dotyczących jego funkcjonowania. Nierzetelne dane utrudniają zdiagnozowanie problemów, ustalenie przyczyn ich powstania, ewentualnych skutków oraz podjęcie działań naprawczych.

Dane dotyczące funkcjonowania PRM Minister Zdrowia uzyskiwał głównie z SWD PRM, wojewódzkich planów działania systemu PRM oraz z NFZ. Dane te były jednak niespójne i nie odzwierciedlały w pełni rzeczywistego stanu. Przykładowo:

- w SWD PRM wykazywano dojazd ZRM na miejsce zdarzenia w czasie 838 godzin;

Brak rzetelnych danych na temat funkcjonowania PRM

<sup>54</sup> Dz. U. 2016 r. poz. 283.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- liczba lekarzy systemu, wykazywanych w wojewódzkich planach działania była większa niż lekarzy ogółem, np. na koniec 2018 r. wykazano, że w systemie jest zatrudnionych 5539 lekarzy, w tym 6856 lekarzy systemu;
- z danych zawartych w wojewódzkich planach działania systemu PRM<sup>55</sup> wynikało, że pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych zakwalifikowani do kategorii „inni”, tj. niebędący w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stanowili w 2018 r. – 28%, w I półroczu 2019 r. – 29% wszystkich pacjentów. Natomiast według danych NFZ pacjenci niebędący w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (zakwalifikowani do I i II kategorii, stanowili odpowiednio w 2018 r. – 71,3% a w III kwartałach 2019 r. – 69% ogółu pacjentów.

Dane o liczbie pacjentów SOR zawarte w wojewódzkich planach przekazywane były do wojewodów przez szpitale, które w sposób niejednolity kwalifikowały pacjentów do grupy będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i grupy „inni” (liczba „innych” wynosiła od 0 do ponad 28,7 tys.).

Przykładowo: liczba przyjęć pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym 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 Maków Mazowiecki – 2228, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku – 28 744, Nowy Szpital w Świeciu – 4171 Wojewódzki Szpital we Włocławku – 10 626<sup>56</sup>.

Niespójność danych wynikała z różnej interpretacji definicji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego stosowanej przez podmioty lecznicze. Należy zauważyć, że już na etapie konsultacji publicznych rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu PRM, Naczelna Rada Lekarska oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej dla województwa małopolskiego zgłaszali uwagę, że określenie „stan nagłego zagrożenia zdrowotnego” jest mało precyzyjne i nie zdefiniowano, co dokładnie oznacza.

### Rozbudowa i modyfikacja SWD PRM

SWD PRM spełnia kluczową rolę w systemie PRM, służy bowiem do obsługi zgłoszeń alarmowych, dysponowania zespołów ratownictwa medycznego i powinien być skutecznym narzędziem do monitoringu funkcjonowania PRM. Obowiązek stosowania SWD PRM przy obsłudze zgłoszeń alarmowych, obowiązuje od 1 stycznia 2015 r., jednak pierwsze uruchomienie SWD PRM odbyło się dopiero 22 czerwca 2016 r. a proces jego wdrażania w całym kraju zakończono 31 października 2017 r. Pierwotnie utrzymanie i nadzór nad systemem zapewniał minister właściwy do spraw administracji publicznej. Na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o PRM Minister Zdrowia został zobowiązany do określenia kierunków rozwoju SWD PRM oraz stał się podmiotem odpowiedzialnym za rozbudowę i modyfikację systemu<sup>57</sup>. Przyjęte przez Ministra Zdrowia kierunki rozwoju

<sup>55</sup> Wyliczeń dokonano na podstawie planów ratownictwa medycznego województwa mazowieckiego, zachodniopomorskiego i lubuskiego.

<sup>56</sup> Dane na podstawie wojewódzkich planów działania systemu PRM.

<sup>57</sup> Zmieniony art. 24a ustawy o PRM.



SWD PRM, zakładały pełne wdrożenie SWD PRM w wersji 2.0 do końca 2020 r. tak, aby z dniem 1 stycznia 2021 r. system funkcjonował w całym kraju. Zadania administratora systemu oraz związane z jego rozbudową, Minister Zdrowia powierzył jednostce podległej – LPR<sup>58</sup>. W tym celu, w strukturze LPR utworzono komórkę organizacyjną Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego.

Po przeprowadzeniu analizy zagadnień, które miały być zrealizowane w SWD PRM 2.0, z wykorzystaniem działających już funkcjonalności tego systemu oraz z uwagi na niekompletność dokumentacji opisującej ten system stwierdzono, że nierealne jest dotrzymanie zakładanego terminu wdrożenia programu. W dniu 1 października 2019 r. Minister Zdrowia zatwierdził opracowaną w sierpniu 2019 r. przez LPR „Koncepcję realizacji SWD PRM 2.0”. W Koncepcji przedstawiono zadania związane z rozwojem i modernizacją SWD PRM oraz założono, że wdrożenie systemu w wersji 2.0 wraz ze wszystkimi modułami nastąpi z końcem 2022 r. Równocześnie postanowiono przenieść wdrożenie niektórych funkcjonalności do kolejnej wersji systemu.

W trakcie wprowadzania nowych funkcjonalności do systemu, doszło do nieprawidłowości, stwarzających zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów:

- w dniu 15 listopada 2019 r. nowa funkcjonalność spowodowała, że 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;
- wprowadzenie w elektronicznej karcie medycznych czynności ratunkowych funkcjonalności dotyczącej skali bólu, spowodowało nieprawidłowości przy logowaniu się do systemu, słabą widoczność zapisów, brak możliwości prawidłowego wykorzystania skali Glasgow<sup>59</sup> do oceny stanu pacjenta.

Ponadto 29 listopada 2019 r. wystąpiła awaria, która spowodowała częściową niedostępność SWD PRM. Powodem awarii było wykorzystywanie starych certyfikatów wydanych przez Centrum Certyfikatów MSWiA, które utraciły ważność.

Użytkownicy SWD PRM (urzędy wojewódzkie i dysponenci ZRM) w trakcie kontroli NIK zgłaszali krytyczne uwagi dotyczące dotychczasowego funkcjonowania SWD PRM, wskazując m.in. na:

- błędy w raportach predefiniowanych, które generowały nieprawidłowe dane;
- brak dostępu dla administratorów wojewódzkich i lokalnych do modułu dyspozytora, w tym do mapy, co uniemożliwiało efektywne konfigurowanie i weryfikowanie poprawności działania np. GPS w ZRM;
- brak funkcjonalności umożliwiającej bieżące aktualizowanie przebiegu trasy karetki;

<sup>58</sup> Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. zmieniono statut LPR, wprowadzając zapis o realizowaniu zadania KCMRM przez jednostkę – Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 48.

<sup>59</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.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- nieprawidłową synchronizację czasu na komputerach stacjonarnych i terminalach, powodującą naruszenie chronologii realizacji zleceń;
- błędne lub brakujące dane w ewidencji miejscowości, ulic i adresów;
- brak wymuszania przez system wypełnienia pola czasu przekazania pacjenta przez ZRM oraz zamknięcia karty medycznych czynności ratunkowych przez kierowników ZRM przed zakończeniem dyżuru, co powodowało brak danych w raportach;
- brak szkoleń dotyczących obsługi systemu;
- brak ciągłości działania systemu, m.in. łączności z terminalem mobilnym, co wymagało przesyłania danych zgłoszenia wyjazdu za pomocą radiotelefonu lub łączności telefonicznej;
- brak zasięgu urządzeń GPS będących na wyposażeniu ZRM;
- brak możliwości prowadzenia ewidencji oraz analizy czasu oczekiwania w SOR/IP;
- brak możliwości prowadzenia ewidencji i statystyk wysyłania na miejsce zdarzenia Państwowej Straży Pożarnej lub Ochotniczej Straży Pożarnej z powodu braku wolnego ZRM.

W związku z występującymi nieprawidłowościami, Dyrektor LPR podjął w lutym 2020 r. działania naprawcze, polegające m.in. na:

- powołaniu rady ds. SWD PRM (dziesięciu ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych wskazanych przez Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ), która ma charakter opiniodawczy 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;
- wprowadzeniu nowej funkcjonalności w SWD PRM, obejmującej swym zakresem możliwość bezpośredniego powiadamiania użytkowników końcowych o planowanych zmianach.

Dyrektor LPR poinformował jednocześnie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, 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>60</sup>.

Minister Zdrowia obecnie nie planuje przeniesienia KCMRM poza strukturę Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, ponieważ nie znajduje uzasadnienia dla takiej decyzji i nie dysponuje ani zasobami, ani infrastrukturą umożliwiającą bezkosztową realizację takiego przeniesienia<sup>61</sup>.

<sup>60</sup> Pismo z 4 lutego 2020 Nr LPR.DYR.07.86-3.2020.

<sup>61</sup> Wyjaśnienia uzyskane w toku kontroli od Dyrektora Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności MZ.

W celu poprawy funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych w szpitalach, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna albo samorząd województwa, Minister Zdrowia zamierzał od 1 października 2019 r. wdrożyć projekt pn. „Tryb obsługi pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”. System ten miał ujednoczyć zasady rejestracji i segregacji pacjentów oraz usprawnić pracę SOR poprzez monitorowanie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne i poddawanie osób przebywających na terenie oddziału, ciągłej ocenie ich stanu klinicznego. Zakładano, że realizacja projektu przyczyni się do zmniejszenia kolejek pacjentów w SOR, dzięki możliwości przekierowania części z nich do podstawowej opieki zdrowotnej. Koordynatorem projektu zostało Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Źródłem finansowania projektu miała być dotacja celowa Ministra Zdrowia oraz środki Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020<sup>62</sup>.

Przygotowanie właściwego projektu poprzedzone było programem pilotażowym pn. „System informujący o przewidywanym czasie oczekiwania w kolejce w szpitalnym oddziale ratunkowym (SIOK)”, przeprowadzonym w I kw. 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.

W celu przygotowania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wdrożenie systemu TOPSOR, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe przeprowadziło w 2019 r. dialog techniczny pn. „Dostawa, montaż i uruchomienie 232 kompletnych systemów<sup>63</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.

Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia 2 kwietnia 2019 r. ogłosił w imieniu LPR postępowanie na zakup TOPSOR<sup>64</sup> dla 232 szpitalnych oddziałów ratunkowych. Zamawiający z powodu licznych pytań oferentów<sup>65</sup>, w wyniku których dwukrotnie dokonano uszczegółowienia opisu przedmiotu zamówienia, dziewięciokrotnie przesunął termin otwarcia ofert, który ostatecznie wyznaczono na 5 lipca 2019 r.

Postępowanie przetargowe 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>66</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. Skutkowało to przesunięciem terminu wdrożenia systemu TOPSOR na 2021 r.

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

<sup>64</sup> Nr ZZP-45/19.

<sup>65</sup> Zamawiający udzielił odpowiedzi na 550 pytań oferentów.

<sup>66</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.

### Brak w systemie PRM lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej

Zgodnie z art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 4 września 1997 r. *o działach administracji rządowej*<sup>67</sup> do działu zdrowie, którym kieruje Minister Zdrowia, należą sprawy dotyczące zawodów medycznych.

Kontrola NIK wykazała, że pomimo niewielkiego wzrostu liczby lekarzy ze specjalizacją medycyny ratunkowej w latach 2017–2018 (z 993 do 1004), nadal występuje duży niedobór lekarzy – ratowników w stosunku do potrzeb systemu PRM. Zgodnie z rekomendacją krajowego konsultanta medycyny ratunkowej, na dzień 31 marca 2019 r. w systemie powinno pracować 2580 lekarzy – specjalistów medycyny ratunkowej. Natomiast rzeczywista liczba lekarzy, którzy pracowali w tym czasie w systemie PRM, tylko w 39% zaspokajała zapotrzebowanie na tę kategorię specjalistów.

W związku z niewystarczającą liczbą lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej Minister Zdrowia:

- zaktualizował programy szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie pediatrii, chorób wewnętrznych oraz chirurgii ogólnej, co umożliwiło pełnienie dyżuru w ramach odbywanego szkolenia specjalizacyjnego w tych dziedzinach, w SOR lub Izbie Przyjęć podmiotu, w którym dany lekarz odbywa staż lub specjalizację;
- wystąpił z inicjatywą umożliwienia lekarzom ze specjalizacją w dziedzinie medycyny ratunkowej uzyskania dodatkowej specjalizacji w trybie tzw. „krótkiej ścieżki”, w 14 dziedzinach medycyny m.in. w anesteziologii i intensywnej terapii, intensywnej terapii chorób wewnętrznych, kardiologii, medycyny pracy i medycyny sportu<sup>68</sup>.

Stwierdzono stałą tendencję do zmniejszania się liczby lekarzy chętnych do kształcenia się w dziedzinie medycyny ratunkowej. W 2018 r. Ministerstwo Zdrowia przygotowało dla tej specjalności 624 miejsca specjalizacyjne (199 rezydenckich i 425 pozarezydenckich), a w 2019 r. – 583 miejsca (238 rezydenckich i 345 pozarezydenckich). W 2018 r. specjalizację podjęło 86 lekarzy (na 21 miejscach rezydenckich i 65 pozarezydenckich), a w 2019 r. – 56 lekarzy (na 14 miejscach rezydenckich i 42 pozarezydenckich). W 2018 r. wykorzystanych zostało zatem 13,7% z przygotowanych miejsc, a w 2019 r. – 9,6%.

Wobec braku wystarczającej liczby lekarzy medycyny ratunkowej, istotne jest dobre przygotowanie ratowników medycznych. Według stanu na 18 czerwca 2019 r. w ZRM zatrudnionych było 15 550 ratowników medycznych (liczba etatów przeliczeniowych). Analiza wykształcenia i doświadczenia zawodowego ratowników medycznych wykazała, że:

- 44% z nich miało tytuł zawodowy licencjata lub magistra, a 56% było po szkole licealnej;
- 71% miało co najmniej sześcioletnie doświadczenie.

W celu podniesienia kwalifikacji ratowników medycznych Minister Zdrowia zmienił zasady ich doskonalenia zawodowego<sup>69</sup> oraz podjął współpracę z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego przy opracowaniu rozporzą-

<sup>67</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1220.

<sup>68</sup> Pismo KNLU.842.55.2019.GG z 28 listopada 2019 r.

<sup>69</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 grudnia 2019 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych – Dz. U. poz. 2464.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

dzenia z 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego<sup>70</sup>.

Minister Zdrowia, korzystając z uprawnienia wynikającego z art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM i 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>71</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>72</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.

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 Ministerstwa Zdrowia 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.

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 oddzielenie pomieszczeń dyspozytorni i pomieszczenia Miejskiego Centrum Zarządzania Kryzysowego w Białymstoku. Kontrolowany poinformował Ministra o zrealizowaniu zalecenia.

Przewlekłość  
postępowań  
kontrolnych zleconych  
przez Ministra Zdrowia

<sup>70</sup> Dz. U. poz. 1573.

<sup>71</sup> W tym konsultantowi krajowemu w dziedzinie medycyny ratunkowej dziewięć kontroli i jedną konsultantowi krajowemu w dziedzinie pediatrii.

<sup>72</sup> Do czasu zakończenia kontroli NIK.

### Działania Pełnomocnika Rządu ds. PRM

Działania Pełnomocnika Rządu ds. PRM przyczyniły się m.in. do:

- podpisania 9 października 2019 r. porozumienia z Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego NSZZ Solidarność, przewidującego wzrost wynagrodzenia dla ratowników medycznych, pielęgniarek systemu oraz dyspozytorów medycznych niebędących pielęgniarkami systemu, utrzymanie do 31 grudnia 2020 r. średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia w wysokości 1200 zł miesięcznie, w przeliczeniu na etat oraz wprowadzenia klauzuli *opt-out* dla pracowników medycznych w jednostkach systemu PRM, niezależnie od ich wynagrodzenia;
- przekazania do uzgodnień zewnętrznych projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych<sup>73</sup>;
- zwiększenia o 245 000 tys. zł, zakładanych w projekcie ustawy budżetowej, środków finansowych na zadania Zespołów Ratownictwa Medycznego w 2020 r.

Pełnomocnik przedstawił też na posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu RP<sup>74</sup> informację dotyczącą stanu funkcjonowania systemu PRM, ze szczególnym uwzględnieniem szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz najważniejszych problemów PRM (zapewnienie funkcjonowania ratownictwa medycznego przy deficycie lekarzy skłonnych do podejmowania zatrudnienia w ratownictwie medycznym, usprawnienie procesu przyjmowania pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych).

### 5.2. Organizacja systemu ratownictwa medycznego w województwie i nadzór nad jego funkcjonowaniem

#### Plany Działania Systemu PRM

Na obszarze województw system PRM działa na podstawie wojewódzkich planów działania systemu, sporządzanych przez wojewodów. Plany te były aktualizowane w miarę potrzeby, w tym przynajmniej raz w roku zgodnie z art. 21 ust. 2a ustawy o PRM<sup>75</sup>. Objęte kontrolą wojewódzkie plany działania systemu PRM, obowiązujące od II kwartału 2019 r., sporządzono w układzie zgodnym z ustawą PRM i ramowym wzorem, określonym w rozporządzeniu w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu PRM. Projekty planów uzgadniano z podmiotami wskazanymi w ustawie PRM<sup>76</sup>, za wyjątkiem planu dla województwa mazowieckiego, którego projekt nie został uzgodniony z Komendantem Wojewódzkim PSP w Warszawie, odnośnie do sposobu współpracy SOR i ZRM z jednostkami PSP współpracującymi z systemem, co było niezgodne z art. 21 ust. 5 pkt 2 lit. a ustawy o PRM<sup>77</sup>. Wojewoda Mazowiecki wyjaśnił, że w okresie listopad–grudzień 2018 r., kiedy konsultowany był projekt planu działania, żadna jednostka podległa lub nadzorowana przez Komendanta Wojewódzkiego PSP w Warszawie nie była wpisana do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

<sup>73</sup> 20 września 2019 r.

<sup>74</sup> 20 stycznia 2020 r.

<sup>75</sup> Aktualizowano dane dotyczące: lokalizacji dyspozytorni medycznych, wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, liczby pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego oraz izby przyjęć szpitala, liczby pacjentów urazowych oraz liczby pacjentów urazowych dziecięcych, liczby osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu plan jest aktualizowany co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 30 marca, według danych za rok poprzedni.

<sup>76</sup> Art. 21 ust. 6 i 7 ustawy o PRM.

<sup>77</sup> W brzmieniu obowiązującym od 1 listopada 2018 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

NIK zauważa, że zgodnie z art. 17 ust. 1 i ust. 2 ustawy o PRM<sup>78</sup>, to wojewoda właściwy ze względu na miejsce stacjonowania jednostki współpracującej z systemem, wpisuje z urzędu do rejestru jednostki organizacyjne PSP oraz jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego. W związku z powyższym, zarówno uzgodnienie planu działania z Komendantem Wojewódzkim PSP w Warszawie, jak i wpisanie do rejestru<sup>79</sup>, jednostek organizacyjnych PSP i jednostek ochrony przeciwpożarowej są ustawowymi obowiązkami wojewody.

Wojewódzkie plany działania systemu PRM podlegały zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia, zgodnie z art. 21 ust. 9 ustawy o PRM. Tylko Wojewoda Kujawsko-Pomorski przekazał w wymaganym terminie do zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia wojewódzki plan działania systemu PRM obowiązujący od 1 kwietnia 2019 r. Pozostałych czterech wojewodów uczyniło to po 30 listopada 2018 (z opóźnieniem wynoszącym od 10 do 35 dni), naruszając art. 21 b ust. 2 ustawy o zmianie ustawy o PRM, przy czym Wojewoda Lubuski uzyskał zgodę Ministra Zdrowia na przedłużenie terminu złożenia projektu planu do 10 grudnia 2018 r. Według wojewodów, plany przekazano nieterminowo, m.in. z powodu konieczności uzgodnienia takiego planu oraz opublikowania dopiero 16 listopada 2018 r. rozporządzenia w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu PRM.

### Przykłady

Projekty wojewódzkich planów działania systemu zostały przekazane przez:

- Wojewodę Mazowieckiego – 31 grudnia 2018 r.
- Wojewodę Lubelskiego – 4 stycznia 2019 r.
- Wojewodę Zachodniopomorskiego – 19 grudnia 2018 r.
- Wojewoda Lubuski – 10 grudnia 2018 r.

Informacje zawarte w planach wojewódzkich uzyskiwano z SWD PRM (który generuje raporty predefiniowane i swobodne, a także statystyki dotyczące funkcjonowania przedszpitalnego systemu PRM) oraz od jednostek systemu działających w ramach PRM. Wojewodowie wszystkich kontrolowanych województw zapewniali utrzymanie i funkcjonowanie na terenie województwa Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, który był wykorzystywany do planowania, organizacji, koordynowania i nadzoru nad systemem PRM w danym województwie. Realizację tych zadań w znacznym stopniu utrudniał sposób funkcjonowania SWD PRM oraz liczne ograniczenia funkcjonalności systemu. Dane przekazywane urzędowi wojewódzkim przez jednostki systemu i następnie ujmowane w wojewódzkich planach nie były sporządzane w sposób jednolity. Dotyczyło to głównie liczby pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wojewodowie nie opracowali wytycznych/instrukcji w celu ujednoczenia sposobu prezentacji danych przygotowywanych przez jednostki systemu i następnie włączanych do wojewódzkich planów działania systemu. Dowolność interpretacji powodowała brak spójności danych w wojewódzkich planach działania systemu oraz podważała ich wiarygodność.

Uzyskiwanie danych do wojewódzkich planów działania systemu

<sup>78</sup> W brzmieniu obowiązującym od 26 czerwca 2018 r.

<sup>79</sup> Wynikającym z ustawy o PRM w brzmieniu obowiązującym od 26 czerwca 2018 r.

### Przykłady

Według danych zawartych w wojewódzkich planach działania systemu PRM na 2019 r., wskaźnik procentowy pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w stosunku do ogólnej liczby pacjentów, w poszczególnych szpitalnych oddziałach ratunkowych wahał się:

- w województwie kujawsko-pomorskim: od 100% w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy i 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy<sup>80</sup> oraz Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu do 15,9% w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy;
- w województwie lubuskim: od 100% w 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach do 17% w Szpitalu Międzyrzeckim sp. z o.o. i 28,9% w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim.

Marszałek województwa lubuskiego w piśmie z 21 maja 2019 r. zgłosił Wojewodzie Lubuskiemu pilną potrzebę ujednoczenia standardów klasyfikacji pacjentów do poszczególnych grup sprawozdawczych i przeprowadzenia szkolenia dla osób odpowiedzialnych za przygotowanie przedstawianych danych statystycznych, ponieważ informacje dotyczące przyjęć pacjentów w SOR są bardzo różne i niespójne. W odpowiedzi Wojewoda Lubuski poinformował Marszałka, że temat ujednoczenia sposobu wykazywania danych statystycznych został zgłoszony na spotkaniu z przedstawicielami NFZ oraz, że w tej sprawie zostanie przeprowadzone szkolenie. Do dnia zakończenia kontroli NIK takie szkolenie się nie odbyło.

### Parametry czasu dotarcia do miejsca zdarzenia

Zgodnie z art. 24 ustawy o PRM, wojewodowie powinni podejmować działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia określonych w ustawie parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego. Mediana<sup>81</sup> czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia powinna wynieść do 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut na pozostałym obszarze.

Maksymalny czas dotarcia nie powinien być dłuższy niż 15 minut w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza tymi miastami.

Według danych z wojewódzkich planów działania systemu PRM, przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia w trakcie kontroli NIK<sup>82</sup>, w 2018 r.<sup>83</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 o PRM odpowiednio o: 55 sekund oraz 1 minutę i 1 sekundę.

<sup>80</sup> Dalej także: szpital w Bydgoszczy.

<sup>81</sup> Mediana (zwana też wartością środkową lub drugim kwantylem) to w statystyce wartość cechy w szeregu uporządkowanym, powyżej i poniżej której znajduje się jednakowa liczba obserwacji. Przyjęcie mediany jako wskaźnika wpływa istotnie na stabilność przyjętych założeń lokowania zespołów ratownictwa medycznego, gwarantując równocześnie możliwość jej dostosowania do bieżących potrzeb. Aby obliczyć medianę ze zbioru  $n$  obserwacji, sortujemy je w kolejności od najmniejszej do największej i numerujemy od 1 do  $n$ . Następnie, jeśli  $n$  jest nieparzyste, medianą jest wartość obserwacji w środku (czyli obserwacji numer  $(n+1)/2$ ). Jeśli natomiast  $n$  jest parzyste, wynikiem jest średnia arytmetyczna między dwiema środkowymi obserwacjami, czyli obserwacją numer  $n/2$  i obserwacją numer  $(n/2)+1$ . 25% obserwacji ma wartości poniżej dolnego kwartyla, a 25% powyżej górnego kwartyla (z dokładnością  $\pm 1$ ).

<sup>82</sup> Informacja dyrektora DRMiO z dnia 27 lutego 2020 r. Nr IKA 1947884.AF.

<sup>83</sup> MZ do dnia zakończenia kontroli nie dysponowało danymi za 2019 r.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

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 o PRM, w całkowitej liczbie wyjazdów wynosił w 2017 r. – 18,4% a w 2018 r. – 28,3%.

Limity czasu dotarcia były przestrzegane jedynie w przypadku zdarzeń, w których doszło do nagłego zatrzymania krążenia.

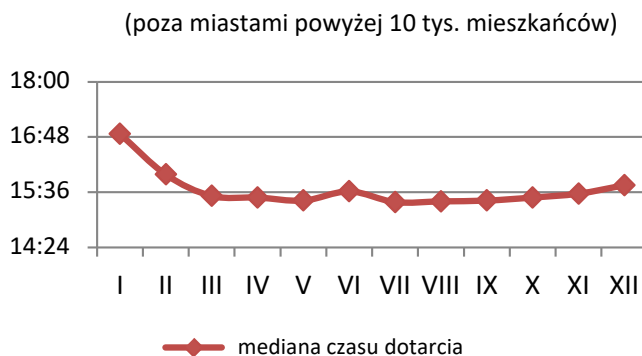
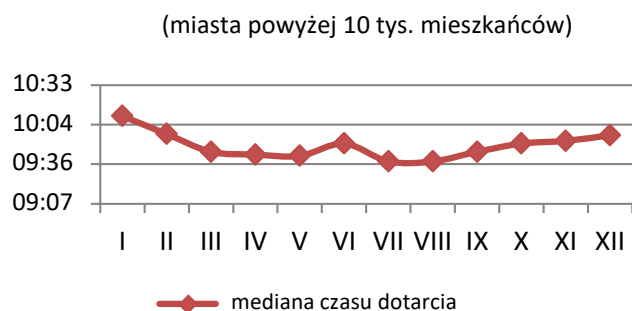
Według danych Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego<sup>84</sup>, dotyczących 2019 r., mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia (wartość uśredniona dla całego kraju w całym roku) wynosiła 9 minut i 52 sekundy dla miast powyżej 10 tys. mieszkańców i 15 minut i 54 sekundy poza tymi miastami, co przekraczało limity odpowiednio o: 1 minutę i 52 sekundy oraz 54 sekundy.

W każdym miesiącu 2019 r. mediana była wyższa od zakładanego w ustawie PRM limitu i wynosiła:

- w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców od 9 minut 38 sekund (w lipcu i sierpniu) do 10 minut i 11 sekund (w styczniu);
- poza tymi miastami od 15 minut 23 sekund (w lipcu) do 16 minut i 52 sekund (w styczniu).

Infografika nr 2

Mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KCRM.

<sup>84</sup> Informacje uzyskane w trakcie kontroli w LPR – pismo z dnia 6 marca 2020 r. Nr. DKCM.07.1053-23.19.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### Przykłady

W objętych kontrolą pięciu województwach parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia przez ZRM w 2019 r. były zróżnicowane<sup>85</sup>. W województwach mazowieckim, lubelskim i lubuskim mediana czasu dotarcia w miejscowościach do i powyżej 10 tys. mieszkańców była w każdym miesiącu wyższa od wartości wskazanych w ustawie o PRM i wynosiła:

- województwo lubelskie:
  - miasta powyżej 10 tys. mieszkańców od 8 minut i 27 sekund (w sierpniu) do 9 minut i 15 sekund (w styczniu);
  - poza tymi miastami od 15 minut i 46 sekund (w sierpniu) do 18 minut i 5 sekund (w styczniu);
- województwo lubuskie:
  - miasta powyżej 10 tys. mieszkańców od 9 minut i 19 sekund (w lipcu) do 9 minut i 42 sekund (w styczniu);
  - poza tymi miastami od 16 minut i 10 sekund (w maju) do 16 minut i 54 (w grudniu);
- województwo mazowieckie:
  - miasta powyżej 10 tys. mieszkańców od 10 minut i 27 sekund (w sierpniu) do 11 minut i 20 sekund (w styczniu);
  - poza tymi miastami od 15 minut i 54 sekund (w maju) do 17 minut i 36 sekund (w styczniu).

W województwie zachodniopomorskim wartość mediany czasu dotarcia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców nie przekraczała 15 minut tylko w jednym miesiącu, poza tymi miastami – w dwóch miesiącach.

W województwie kujawsko-pomorskim, w miastach powyżej 10 tys. wartość mediany została przekroczona w dwóch miesiącach, poza tymi miastami mieściła się w określonym limicie.

Również maksymalny jednostkowy czas dotarcia do miejsca zdarzenia ZRM we wszystkich województwach objętych kontrolą w 2019 r. był wyższy od ustawowego limitu, zarówno dla miast powyżej 10 tys. mieszkańców, jak i poza tymi miastami.

### Przykłady

- w województwie kujawsko-pomorskim 50 minut i 7 sekund (w lutym);
- w województwie lubelskim 1 godz. 21 minut 6 sekund (w lutym);
- w województwie lubuskim 1 godz. 2 minuty 22 sekundy (w czerwcu);
- w województwie mazowieckim 1 godz. 5 minut 25 sekund (w styczniu);
- w województwie zachodniopomorskim 49 minut 13 sekund (w grudniu).

W okresie objętym kontrolą wojewodowie podejmowali różnego rodzaju działania w celu zapewnienia ustawowych parametrów czasów dotarcia do miejsca zdarzenia dla ZRM, m.in.:

- analizowali parametry dojazdu w celu wyszukiwania miejsc zagrożonych mniej efektywnym działaniem;
- przekwalifikowali ZRM S na ZRM P;
- zmieniali miejsca wyczekiwania ZRM z uwagi na obszary szczególnie zagrożone;

<sup>85</sup> Według danych uzyskanych z SWD PRM w Krajowym Centrum Monitoringu Ratownictwa Medycznego.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- analizowali przyczyny awarii ambulansów i czas ich usuwania oraz wymieniali tabor na nowy;
- prowadzili postępowania wyjaśniające w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w postępowaniu dyspozytorów medycznych, ZRM i podmiotów leczniczych.

Działania wojewodów były jednak nieskuteczne, na co wskazują wyniki kontroli.

Zgodnie z art. 29 ustawy o PRM, do obowiązków wojewody od 26 czerwca 2018 r. należało zatrudnienie w urzędzie wojewódzkim, na podstawie stosunku pracy, tylu wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, by zapewnić całodobową realizację zadań określonych w ustawie o PRM.

Wojewódzcy  
Koordynatorzy  
Ratownictwa  
Medycznego

W latach 2018–2019 na stanowiskach wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego pracowało od trzech do 15 lekarzy systemu, którzy spełniali kwalifikacje określone w art. 29 ust. 6 ustawy o PRM, tj. byli lekarzami systemu lub ratownikami medycznymi lub pielęgniarką systemu, ukończyli studia drugiego stopnia i mieli co najmniej 4-letnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego – mieli ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Do zadań WKRM należało pełnienie całodobowego dyżuru i realizacja zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego<sup>86</sup>.

Kontrola wykazała, że tylko dwóch Wojewodów (Lubelski, Mazowiecki) zapewniło całodobowe dyżury, przy czym w województwie mazowieckim w latach 2018–2019 (III kwartały) dwukrotnie wystąpiła kilkugodzinna przerwa na stanowisku WKRM, spowodowana nagłą chorobą osoby pełniącej dyżur. W tym czasie telefon WKRM przełączony był do innego lekarza zatrudnionego na tym stanowisku, a dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego podjął niezwłoczne działania dla zapewnienia zastępstwa.

W pozostałych trzech województwach Wojewodowie nie zatrudnili tylu koordynatorów ratownictwa medycznego, by zapewnić całodobową realizację zadań, stosownie do art. 29 ust. 1 ustawy o PRM, co spowodowane było brakiem chętnych do zatrudnienia na tym stanowisku. Szczególnie niepokojąca sytuacja była w województwie lubuskim gdzie trzech z czterech WKRM pełniło dyżury „pod telefonem”, a tym samym nie mieli dostępu do urządzeń wymaganych przepisami rozporządzenia w sprawie SWD PRM. Tylko jeden z koordynatorów realizował zadania w sposób stacjonarny na odpowiednio przygotowanym stanowisku. W ocenie NIK sytuacje, w których nie zapewniono całodobowej realizacji zadań przez koordynatorów mogło stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia ludzkiego, w przypadku wystąpienia konieczności interwencji WKRM.

<sup>86</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 1655.

### Przykłady

- województwo zachodniopomorskie: konieczne było zatrudnienie koordynatorów na pięciu etatach, natomiast w urzędzie od 1 stycznia 2018 r. zatrudnieni byli wojewódzcy koordynatorzy na 4,25 etatu, od 1 grudnia 2018 r. – na trzech etatach i od 1 października do 1 grudnia 2019 r. na 3,25 etatu;
- województwo lubuskie: tylko jeden spośród czterech wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego pełnił dyżury stacjonarne na stanowisku znajdującym się w urzędzie wojewódzkim, wyposażonym zgodnie z obowiązującymi przepisami. W pozostałych przypadkach dyżury były pełnione „pod telefonem” a jeden z koordynatorów łączył dyżury z innymi obowiązkami zawodowymi – pracą na stanowisku anestezjologa (sytuacja taka miała miejsce w 49 na 171 dyżurów, tj. w 28,7%).

### 5.3. Finansowanie jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego

#### Finansowanie ZRM

Dotacja na finansowanie ZRM w 2018 r. wyniosła 2 035 265 tys. zł i w 2019 r. wzrosła o 5,4%, do kwoty 2 145 972 tys. zł<sup>87</sup>.

Wojewodowie do 31 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiali Ministrowi Zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego. Liczba ZRM przyjęta do wyliczenia kosztów ich funkcjonowania wynikała z wojewódzkich planów działania systemu ratownictwa medycznego. Zasady i tryb przekazywania oraz rozliczania dotacji celowej, przeznaczonej na finansowanie zadań ZRM, były określone w porozumieniach lub w odrębnych umowach zawartych pomiędzy wojewodami i dyrektorami oddziałów NFZ.

Wojewodowie wszystkich kontrolowanych województw zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych*, zawarli z dyrektorami oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umowy dotyczące finansowania systemu ratownictwa medycznego w województwie w 2019 r., do wysokości środków przewidzianych na ten cel w ustawie budżetowej na rok 2019 z dnia 16 stycznia 2019<sup>88</sup>. Określone umowami środki były przekazywane do NFZ w miesięcznych transzach, terminowo, za wyjątkiem województwa kujawsko-pomorskiego (dwudniowe opóźnienie w sierpniu 2019 r.).

Konkursy na udzielanie świadczeń przez ZRM zostały przeprowadzone zgodnie z art. 139 ust. 1 pkt 1 ustawy o *świadczeniach*. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego, przystępujący do konkursu, musieli mieć w swojej strukturze organizacyjnej dyspozytornię medyczną zlokalizowaną na terenie danego rejonu oraz musieli spełniać wymogi dotyczące personelu i wyposażenia, wynikające z obowiązujących przepisów.

W wyniku przeprowadzonych postępowań dyrektorzy oddziałów NFZ zawarli z dysponentami ZRM umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z zasadami określonymi w tej ustawie.

<sup>87</sup> Dane według sprawozdania wykonania budżetu państwa za 2018 i 2019 r.

<sup>88</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 198.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zadania ZRM były finansowane w formie dobowej stawki ryczałtowej, której wysokość była uzależniona od rodzaju ZRM i regionu kraju. W latach 2018–2019 średnia stawka ZRM S wynosiła odpowiednio: 4075,43 zł i 4101,47 zł<sup>89</sup>. Natomiast na 2020 r. na podstawie danych szacunkowych sporządzonych przy uwzględnieniu liczby etatów przeliczeniowych zgłoszonych do podwyżek wynagrodzenia dla personelu medycznego, zaplanowano stawkę w wysokości 4497,08 zł, tj. wyższą o 9% w stosunku do 2019 r.

Średnia stawka ryczałtu dobowego dla ZRM P wynosiła w 2017 r. – 3064,07 zł, w 2018 r. – 3056,58 zł, w 2019 r. – 3076,10 zł<sup>90</sup>.

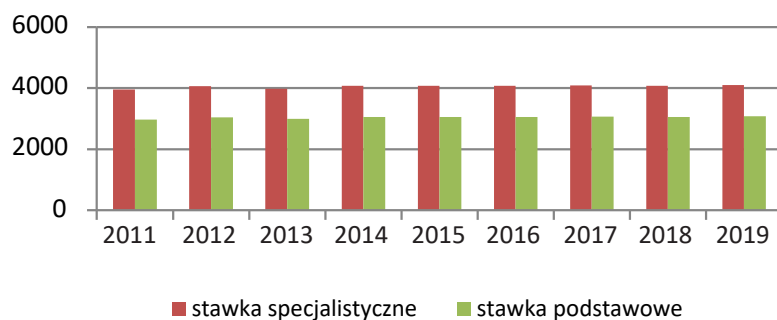
### Przykłady

Według umów zawartych z dysponentami, obowiązujących od 1 kwietnia 2019 r., w kontrolowanych podmiotach najniższe stawki ryczałtu dobowego zostały zakontraktowane w województwie lubelskim i wyniosły: dla zespołu specjalistycznego 4128 zł i 3096 zł dla zespołu podstawowego, a najwyższe w województwie lubuskim – 4246,18 zł dla zespołu specjalistycznego i 3186,53 zł dla podstawowego.

Wysokość stawek ryczałtu dobowego za świadczenia wykonywane przez zespoły ratownictwa medycznego nie zmieniała się istotnie od 2011 r. W większym stopniu wzrastała stawka dla zespołów specjalistycznych, co związane było z narastającymi problemami ze zdobyciem lekarzy specjalistów do pracy w pogotowiu ratunkowym.

Infografika nr 3

Wysokość stawki ryczałtu dobowego ZRM w latach 2011–2019 (w zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Świadczenia opieki zdrowotnej, udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe, finansowane były na zasadach i w trybie określonych w ustawie o świadczeniach w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Finansowanie SOR

Wartość zrealizowanych świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych w 2019 r. wyniosła 1 616 822 tys. zł i wzrosła o 10% w stosunku do 2018 r. (1 472 387 tys. zł). W porównaniu do 2015 r. nastąpił przyrost środków przeznaczonych na te świadczenia o 66%<sup>91</sup>.

<sup>89</sup> Na podstawie szacunkowych danych z Ministerstwa Zdrowia.

<sup>90</sup> Na podstawie szacunkowych danych z Ministerstwa Zdrowia.

<sup>91</sup> Dla porównania w 2015 r. – 971 066 tys. zł, w 2016 r. – 1 108 997 tys. zł, w 2017 r. – 1 359 937 tys. zł.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą zmieniały się zakontraktowane stawki ryczałtu dobowego<sup>92</sup> dla szpitali. Ostatnimi zmianami, mającymi wpływ na wzrost ryczałtów dobowych dla SOR, były zmiany wprowadzone w 2019 r. zarządzeniem Nr 72/2019/DSM Prezesa NFZ z dnia 19 czerwca 2019 r. (o 10 % zwiększenie wysokości stawki bazowej dla SOR, tj. do kwoty 4521,00 zł) oraz zarządzeniem Nr 96/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 lipca 2019 r. (zwiększenie o 15% wyceny wag punktowych określonych dla poszczególnych kategorii stanu zdrowia pacjentów w SOR). Zmiany związane były m.in. z planowanym wprowadzeniem obowiązkowej segregacji pacjentów (rozporządzenie w sprawie SOR).

W latach 2018–2019 stawki ryczałtu dobowego w poszczególnych szpitalach były zróżnicowane:

### Przykłady

- według stanu na 31 grudnia 2018 r. od 6057,61 zł w **Poddębickim Centrum Zdrowia** do 39 367,62 zł w Copernicus podmiot leczniczy sp. z o.o.;
- według stanu na 31 grudnia 2019 r. od 4835,00 zł w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Choszczynie** do 51 110,00 zł w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach<sup>93</sup>.

We wszystkich skontrolowanych przez NIK szpitalach występowały problemy finansowe – przekazywane środki nie pokrywały kosztów działalności szpitalnych oddziałów ratunkowych.

### Przykłady

**Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Warszawie** – strata na działalności SOR w 2018 r. wyniosła 3757,3 tys. zł oraz w okresie od I do III kwartału 2019 r. – 4904, tys. zł.

**Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie** – strata na działalności SOR w 2018 r. – 583,4 tys. zł, w 2019 r. od I do III kwartału 2019 r. – 1025 tys. zł.

**Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie** – strata na działalności SOR w 2018 r. wyniosła 2234,1 tys. zł i 2755,2 tys. zł za III kwartały 2019 r.

### Zabezpieczenie interesu NFZ w umowach ze świadczeniodawcami

Wszystkie zawarte ze świadczeniodawcami umowy zawierały postanowienia zabezpieczające interes NFZ, poprzez możliwość naliczania kar umownych w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy oraz nieprzekazania przez świadczeniodawcę informacji stanowiących podstawę określenia wysokości środków przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń.

<sup>92</sup> Wysokość stawki ryczałtu dobowego stanowi sumę trzech składowych zgodnie ze wzorem:  $R = S + R_s + R_f$ , gdzie S – stawka bazowa,  $R_s$  – składowa ryczałtu za strukturę oraz  $R_f$  – składowa ryczałtu za funkcję. Zasady obliczania poszczególnych elementów ryczałtu dobowego dla SOR określone zostały zarządzeniem Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć.

<sup>93</sup> Dane przekazane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W wyniku monitorowania realizacji tych umów, objęte kontrolą OW NFZ nałożyły na dysponentów ZRM oraz szpitale z oddziałem SOR w strukturze kary umowne w łącznej wysokości 1159,9 tys. zł. Kary nakładane były najczęściej:

- na dysponentów ZRM – z powodu braku lekarza w obsadzie zespołów specjalistycznych (w ośmiu przypadkach); udzielania świadczeń przez personel medyczny inny, niż ujęty w wykazie stanowiącym załącznik do umowy, ale mający wymagane kwalifikacje (w trzech przypadkach); niezgłoszenie zmian w obsadzie kadrowej (w dwóch przypadkach);
- na szpitale prowadzące SOR – z powodu nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczenia pacjentom przywiezionym przez zespół ratownictwa medycznego.

Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest finansowana w formie dotacji podmiotowej z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. LPR zawarło 24 stycznia 2019 r. umowę ze Skarbem Państwa, reprezentowanym przez Ministra Zdrowia, o przekazanie środków publicznych na finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i lotniczych zespołów transportu sanitarnego. Umowa przewidywała finansowanie zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i lotniczych zespołów transportu sanitarnego, wykonywanie obowiązków krajowego operatora sieci łączności bezprzewodowej dla potrzeb systemu PRM w zakresie administrowania siecią.

Finansowanie LPR

Na realizację zadań określonych w umowie dotacyjnej Minister Zdrowia przyznał początkowo dotację na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2019 r. w wysokości 67 651,0 tys. zł, płatną w czterech ratach. Umowa była czterokrotnie zmieniana w trakcie roku i ostatecznie LPR w 2019 r. otrzymało dotację w wysokości 140 766,8 tys. zł. Choć dotacja była o 7,3% wyższa niż w roku 2018, to nie pokrywała zapotrzebowania na środki finansowe zgłoszonego w kwocie 144 184 tys. zł. na rok 2019 przez LPR.

Przyjęty sposób zwiększania budżetu w ciągu roku stwarzał sytuację niepewności jednostki w planowaniu bieżących działań i stanowił ryzyko zaciągnięcia zobowiązań przekraczających wysokość otrzymanych środków.

Finansowanie zadań bieżących oraz wydatków inwestycyjnych Krajowego Centrum Monitoringu Ratownictwa Medycznego odbywało się, zgodnie z art. 27a ust. 3 i 4 ustawy o PRM, z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia:

Finansowanie KCMRM

- dotacja celowa na wydatki bieżące wyniosła:
  - w 2018 r. – 2743,5 tys. zł, z których wykorzystano 1637,7 tys. zł (59,7%); dyrektor LPR, jako przyczynę niewykorzystania części dotacji wskazywał<sup>94</sup> długi czas uruchamiania rezerwy;
  - w 2019 r. – 9224,6 tys. zł, z której wykorzystano w środki w kwocie 8944,9 tys. zł (97%). Środki z dotacji zostały uruchomione w lipcu 2019 r.

<sup>94</sup> Pismo do Ministerstwa Zdrowia Nr LPR.DAK.08.2-3.2019 z dnia 31 stycznia 2019 r.

- dotacja celowa na zakupy inwestycyjne związane z działaniem KCMRM w okresie 2018–2019 wyniosła 23 784,7 tys. zł. Środki z dotacji uruchamiane były w drugiej połowie roku budżetowego, tj. 21 września w 2018 r. i 8 lipca w 2019 r.

W opinii NIK, finansowanie wydatków KCMRM z rezerwy celowej, uruchamianej dopiero w drugiej części roku budżetowego, utrudniało zarządzanie jednostką, np. prowadzenie postępowań o udzielanie zamówień publicznych.

### 5.4. Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego

Wyposażenie dyspozytorni i zespołów ratownictwa medycznego

Dysponenci ZRM przy świadczeniu usług wykorzystywali specjalistyczne środki transportu sanitarnego, spełniające wymagania techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach. Stan wyposażenia ambulansów ZRM był zgodny z wymogami określonymi przez Prezesa NFZ w zarządzeniu z dnia 7 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne<sup>95</sup>. Stanowiska pracy członków ZRM w miejscach stacjonowania odpowiadały wymogom § 10 ust. 2 rozporządzenia w sprawie SWD PRM, tj. były wyposażone w stację roboczą z monitorem umożliwiającym korzystanie z SWD PRM, drukarkę współpracującą ze stacją roboczą oraz miały połączenie z Internetem.

Dyspozytornie, użytkowane przez objętych kontrolą dysponentów ZRM, urządzone były zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie organizacji dyspozytorni, z podziałem na część operatorską i dyspozytorską.

W dwóch dyspozytorniach: Samodzielnej Publicznej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu i Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy nie zapewniono co najmniej jednego rezerwowego stanowiska dyspozytorskiego, co było obowiązkiem wynikającym z § 3 ust. 1 pkt 3 tego rozporządzenia.

Dyspozytornie wyposażone były w niezbędne urządzenia techniczne, środki łączności oraz systemy informatyczne. W części dyspozytorskiej dyspozytorzy obsługiwali zgłoszenia alarmowe i powiadomienia ratunkowe o zdarzeniach oraz wysyłali ZRM na miejsce zdarzenia.

Personel medyczny

We wszystkich skontrolowanych jednostkach świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego wykonywane były przez osoby z odpowiednimi kwalifikacjami, określonymi w art. 3 i 10 ustawy o PRM. Ratownicy medyczni wypełniali obowiązek aktualizowania wiedzy i umiejętności.

Dysponenci, ubiegając się o zawarcie umowy z OW NFZ na realizację zadań przez ZRM, wykazywali w ofercie, że zatrudnienie personelu medycznego w pełni zabezpieczy potrzeby, tj. obsadę zespołów zgodnie ze wskazaną specyfikacją, w podziale na zespoły specjalistyczne i podstawowe<sup>96</sup>.

Wyniki kontroli wykazały jednak, że stan zatrudnienia personelu medycznego nie w pełni zabezpieczał potrzeby ZRM.

<sup>95</sup> Dz. Urz. NFZ poz. 14, ze zm.

<sup>96</sup> Był to warunek konieczny do zawarcia umowy w sprawie udzielania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Niedobory kadry lekarskiej występowały u wszystkich kontrolowanych dysponentów ZRM, a liczba lekarzy w poszczególnych jednostkach zmniejszała się.

### Przykład

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

Powodowało to dodatkowe obciążenie zatrudnionych tam lekarzy, ratowników i pielęgniarek, którzy pracowali nawet po kilkaset godzin miesięcznie.

### Przykłady

Analiza liczby godzin pracy lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek, którzy w okresie od stycznia do września 2019 r. przepracowali największą liczbę godzin u skontrolowanych dysponentów wykazała, że maksymalny czas ich pracy w miesiącu wynosił:

- w grupie lekarzy: w MEDITRANS w Warszawie – 523 godziny, w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy – 625 godzin, w Samodzielnej Publicznej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Zamościu – 326 godzin;
- w grupie ratowników medycznych: w MEDITRANS w Warszawie – 420 godzin, w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie – 266 godzin, w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy – 364, w Samodzielnej Publicznej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Zamościu – 250 godzin;
- w grupie pielęgniarek: w MEDITRANS w Warszawie – 344 godziny, w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie – 336 godzin.

Jeden z lekarzy w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego MEDITRANS w Warszawie w marcu 2019 r. pełnił dyżur nieprzerwanie przez 84 godziny, a w maju 2019 r. przez 144 godziny (z godzinną przerwą).

Żaden z kontrolowanych dysponentów ZRM nie wprowadził procedur zapobiegających kumulowaniu czasu pracy pracowników, z uwzględnieniem zatrudnienia u innych pracodawców.

W ocenie NIK, tak duża liczba godzin przepracowanych w miesiącu przez personel medyczny, zagraża zdrowiu tych osób oraz stwarza wysokie ryzyko popełnienia błędu w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wskutek braku lekarzy dysponenci ZRM mieli trudności z realizacją zakontraktowanych w umowach z NFZ dyżurów specjalistycznych ZRM.

We wszystkich kontrolowanych stacjach pogotowia ratunkowego stwierdzono przypadki wyjazdów specjalistycznych ZRM bez lekarza, co stanowiło naruszenie art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM.

### Przykłady

W okresie styczeń 2018 r.–październik 2019 r.:

- w MEDITRANS w Warszawie zrealizowano 3958 wyjazdów specjalistycznych ZRM bez lekarza;
- w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie zgłoszono 6289,30 godzin zadysponowania ZRM P zamiast ZRM S z powodu braku lekarza;
- w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy zgłoszono 1664 takich godzin bez lekarza;
- w SPWS Pogotowiu Ratunkowym w Gorzowie Wielkopolskim w październiku 2019 r. zrealizowano 428 wjazdów bez lekarza.

### Przekroczenie maksymalnych czasów obsługi zgłoszeń przez dysponentów

Kontrola wykazała, że we wszystkich kontrolowanych stacjach pogotowia ratunkowego wystąpiły przypadki przekroczenia maksymalnych czasów obsługi zgłoszenia zdarzenia<sup>97</sup>, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 19 sierpnia 2019 r. w *sprawie ramowych procedur przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych*.

W przypadku KOD-u nr 1<sup>98</sup>:

- zdarzenia, w których czas od przyjęcia zgłoszenia do czasu przekazania zlecenia dyspozytorowi wysyłającemu był dłuższy niż 120 sekund stwierdzono we wszystkich stacjach pogotowia. Przekroczenia czasu dotyczyły: od 31,80% zdarzeń w Szczecinie do 51,68% w Warszawie – było to naruszenie § 5 ust. 3 pkt 3 tego rozporządzenia;
- zdarzenia, w których czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego był dłuższy niż 30 sekund stanowiły od 15,40% w Kołobrzegu do 34,80% w Warszawie – stanowiło to naruszenie § 8 ust. 2 pkt 1 lit. a rozporządzenia;
- zdarzenia, w których czas wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia, był dłuższy niż 60 sekund stanowiły od 11,52% w Warszawie do 72,52% w Gorzowie – stanowiło to naruszenie § 8 ust. 2 pkt 1 lit. b rozporządzenia.

### Przykłady

Odsetek przekroczeń czasu przyjęcia zgłoszenia: Bydgoszcz – 33,56%, Lublin – 34,8%, Szczecin – 31,8%, Kołobrzeg – 56,6%, Gorzów – 32,41%, Warszawa – 51,68%.

Odsetek przekroczeń czasu przeznaczonego na zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego: Bydgoszcz – 24,71%, Lublin – 16,9%, Szczecin – 32,1%, Kołobrzeg – 15,4%, Gorzów – 31,50, Warszawa – 34,80%.

Odsetek przekroczeń czasu wyjazdu ZRM do miejsca zdarzenia: Bydgoszcz – 23,76%, Lublin – 55,4%, Szczecin – 25,7%, Kołobrzeg – 19,9%, Gorzów – 72,52%, Warszawa – 11,52%.

<sup>97</sup> Dane uzyskane z Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego.

<sup>98</sup> Zgodnie z § 5 ust. 2 pkt 1 ww. rozporządzenia, nadanie kodu pilności KOD 1 oznacza, że niezbędny jest 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.

W przypadku KOD-u nr 2<sup>99</sup> wyjazdy, w których czas wyjazdu ZRM do miejsca zdarzenia był dłuższy niż 180 sekund od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego stanowiły od 2,92% w Warszawie do 34,86% w Gorzowie. Było to naruszenie § 8 ust. 2 pkt 2b tego rozporządzenia.

### 5.5. Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

Organizacja LPR

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2018–2019 wykonywało medyczne czynności ratunkowe rzetelnie i zgodnie z przepisami ustawy o PRM, warunkami określonymi w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia oraz zasadami wynikającymi z wojewódzkich planów działania Państwowego Ratownictwa Medycznego. Pomimo dużej rotacji personelu lekarskiego<sup>100</sup> (powodowanej niskimi wynagrodzeniami), zapewniono ciągłą gotowość lotniczych zespołów do wykonywania medycznych czynności ratunkowych.

W okresie objętym kontrolą, poza podstawową działalnością statutową, LPR realizowało powierzone przez Ministra Zdrowia dwa dodatkowe zadania dotyczące: administrowania, rozbudowy i modyfikacji SWD PRM i przygotowania systemu TOPSOR.

W skład LPR wchodziły: Centrala, Ośrodek Szkolenia Lotniczego LPR, Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (od 21 sierpnia 2018 r.) oraz cztery regiony operacyjne składające się z oddziałów i filii<sup>101</sup>.

W oddziałach i filiach funkcjonowały 22 bazy Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego<sup>102</sup> (21 baz stałych<sup>103</sup> i jedna sezonowa<sup>104</sup>).

W opinii dyrektora LPR, dla pełnego zabezpieczenia działań ratownictwa medycznego na terenie kraju powinny powstać jeszcze trzy dodatkowe bazy. Jednak LPR do tej pory nie zakończył (ze względu na brak środków finansowych na działalność bieżącą) wdrażania do użytkowania śmigłowców, którymi obecnie dysponują.

Zasięg operacyjny, wynoszący 60 km z czasem gotowości do startu do 3 minut, nie obejmował całego terytorium Polski. W okresie letnim, gdy funkcjonowała baza sezonowa w Koszalinie, 37% powierzchni kraju znajdowało się poza tym zasięgiem, w pozostałym okresie wskaźnik ten wynosił 49,7%.

<sup>99</sup> Zgodnie z § 5 ust. 2 pkt 2 tego rozporządzenia, nadanie kodu pilności KOD 2 oznacza, że niezbędny jest wyjazd zespołu ratownictwa medycznego do stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego wymagającego podjęcia medycznych czynności ratunkowych.

<sup>100</sup> 30% w latach 2018–2019.

<sup>101</sup> Południowy, w składzie: Oddział w Krakowie, filie Kielcach, Gliwicach, Sanoku, Wrocławiu i Opolu; Północny w składzie: Oddział w Gdańsku, filie w Bydgoszczy, Olsztynie i Suwałkach; Wschodni, w składzie: Oddział w Warszawie, Samolotowy Zespół Transportowy w Warszawie, filie w Białymstoku, Lublinie, Łodzi, Płocku i Sokołowie Podlaskim; Zachodni, w składzie: Oddział w Szczecinie, filie w Poznaniu, Zielonej Górze, Gorzowie Wielkopolskim i Ostrowie Wielkopolskim.

<sup>102</sup> Dalej również: HEMS (skrót od nazwy w jęz. ang. *Helicopter Emergency Medical Service*).

<sup>103</sup> Warszawa, Wrocław, Kraków, Gdańsk, Olsztyn, Suwałki, Białystok, Lublin, Przemyśl, Łódź, Poznań, Zielona Góra, Szczecin, Gorzów Wielkopolski, Bydgoszcz, Płock, Sokołów Podlaski, Ostrów Wielkopolski, Opole, Kielce, Gliwice.

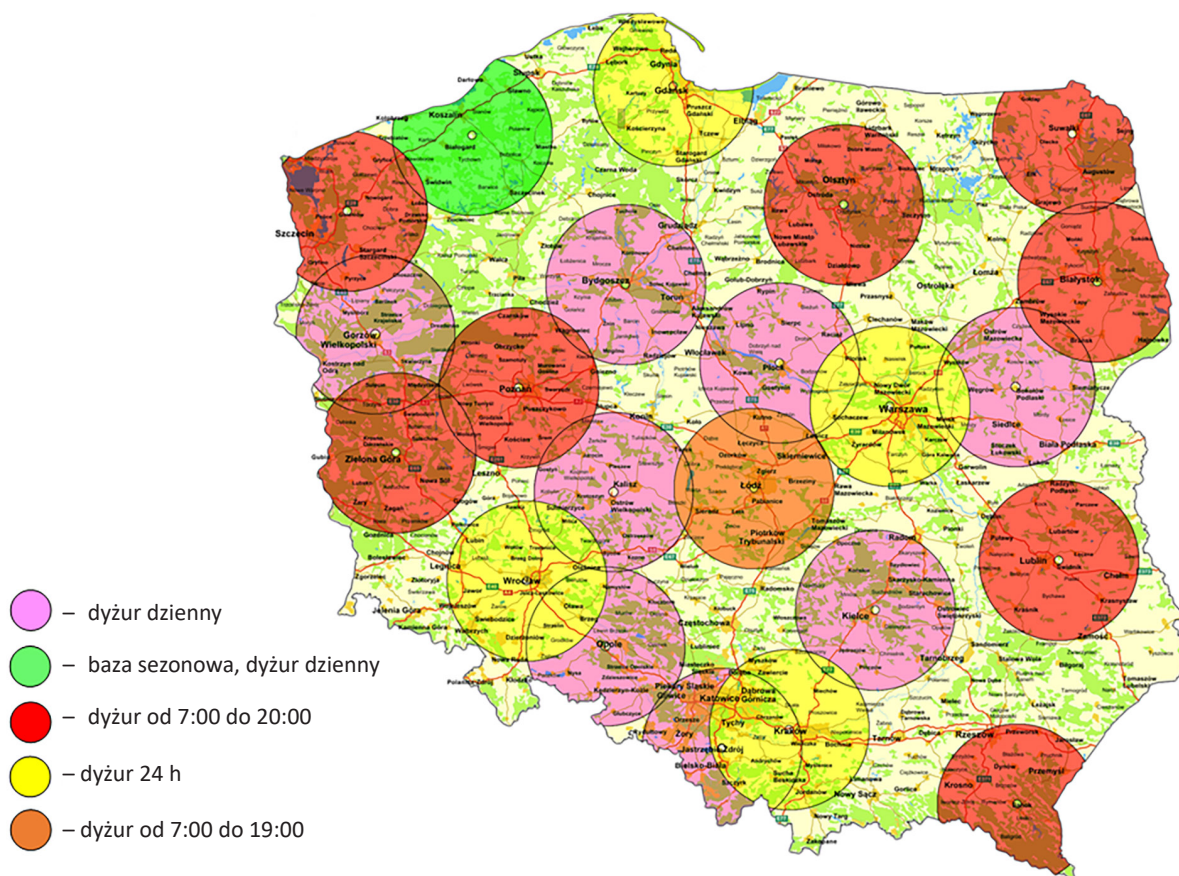
<sup>104</sup> Koszalin dyżur od 1 czerwca do 5 września.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W porze nocnej zasięg operacyjny do 60 km możliwy był na obszarach położonych w promieniu 60 km od czterech dużych miast: Warszawy, Krakowa, Gdańska i Wrocławia. Całe terytorium Polski objęte było zasięgiem do 130 km, z gotowością do startu do 6 minut w dzień i do 30 minut w nocy.

### Infografika nr 4

Mapa zasięgów Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w 2019 r.



Źródło: LPR.

### Zabezpieczenie kadrowe

W okresie objętym kontrolą, w skład personelu lotniczych zespołów ratownictwa medycznego wchodziło:

- piloci śmigłowcowi: 96 osób w 2017 r., 101 w 2018 r., 109 w 2019 r. (III kwartał);
- piloci samolotowi odpowiednio: 11, 12 i 12 osób;
- pielęgniarki/pielęgniarze odpowiednio: 17, 18, 18 osób;
- ratownicy medyczni odpowiednio: 74, 78, 80 osób, w tym z wykształceniem średnim 23, 23, 22;
- lekarze odpowiednio: 123, 132, 135 osób.

Lekarze pełnili dyżury na podstawie umów cywilnoprawnych zawieranych z LPR (na podstawie umowy o pracę był zatrudniony tylko jeden lekarz w wymiarze 0,25 etatu). Pozostały personel zespołów ratownictwa (ratownicy i piloci) oraz dyspozytorzy medyczni (dziewięć osób) byli zatrudnieni na podstawie umów o pracę.

Zgodnie z zasadami, określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego<sup>105</sup> decyzje o zadysponowaniu Lotniczego Zespołu Ratownictwa Medycznego podejmowane były przez dyspozytorów medycznych obsługujących poszczególne dyspozytornie. Zadania oddziałów, filii oraz komórek organizacyjnych LPR dotyczące przyjmowania wezwań i organizacji działań ratowniczych zostały określone w regulaminie organizacyjnym LPR.

Centrum operacyjne LPR odpowiedzialne było za przyjmowanie wezwań do zdarzeń, dokonanie oceny medycznej zdarzenia i zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego.

Monitorowanie gotowości do podejmowania działań ratowniczych prowadzone było w Centrum Operacyjnym LPR. W tym celu wykorzystywano narzędzie informatyczne „Obserwer”, pozwalające na bieżące śledzenie gotowości zespołów HEMS w poszczególnych bazach. W przypadku awarii statku powietrznego, pilot dyżurny zawieszał jego gotowość w systemie. Dyspozytorzy medyczni i wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, poprzez dostęp do systemu „Obserwer”, dysponowali aktualnymi informacjami o gotowości poszczególnych jednostek LPR.

Flota LPR składała się z dwóch samolotów Piaggio P-180, trzech samolotów Tecnam P200BJC, 27 śmigłowców EC 135 (w tym: 17 śmigłowców EC 135 w wersji P2 i 10 śmigłowców EC 135 w wersji P3, 2 śmigłowców Robinson R-44). W akcjach ratowniczych brało udział 27 śmigłowców EC 135 i dwa samoloty Piaggio P-180.

W latach 2017–2019 (III kwartały) LPR wykonało 23 925 lotów, w tym do wypadków komunikacyjnych – 5869, nagłych zachorowań – 11 993, pozostałych wypadków – 6063. W tym okresie wzrastała liczba wykonywanych lotów<sup>106</sup> i przetransportowanych pacjentów<sup>107</sup>.

LPR miał urządzenie do symulacji lotu i szkolenia pilotów na śmigłowcach EC 135 P2. Symulator ten nie był jednak dostosowany do szkolenia na śmigłowcach EC 135 P3 oraz na pozostałych typach statków powietrznych. Dyrektor LPR występował do Ministra Zdrowia o sfinansowanie zakupu symulatora lotu dla śmigłowców EC 135 P3, jednak z powodu braku środków nie dokonano takiego zakupu. W związku z brakiem takiego symulatora, szkolenia nowozatrudnionych pilotów oraz obowiązkowe okresowe kontrole umiejętności pozostałych, wykonywane były z wykorzystaniem śmigłowców przeznaczonych do realizacji zadań ratowniczych.

Procedury przyjmowania zgłoszeń, organizacji działań ratowniczych oraz monitorowania gotowości operacyjnej

Flota LPR

<sup>105</sup> Wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2010 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.

<sup>106</sup> W 2018 r. wykonano 8859 lotów, tj. o 15,2% więcej niż w 2017 r. (686), w trzech kwartałach 2019 r. wykonano 7380 lotów tj. 83,3% lotów wykonanych w całym 2018 r.

<sup>107</sup> W 2017 r. – 6314, w 2018 r. – 7149, w 2019 (do 30 września) – 5916 (łącznie 19 379).

## 5.6. Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez szpitale prowadzące szpitalny oddział ratunkowy

### Organizacja SOR

Wszystkie z badanych SOR były zarejestrowane w ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, niezbędnych dla ratownictwa medycznego w danym województwie, którą prowadzili wojewodowie na podstawie art. 23a ustawy o PRM.

W SOR skontrolowanych szpitali wyodrębniono wszystkie wymagane obszary, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie SOR, tj. obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, obszar resuscytacyjno-zabiegowy, obszar wstępnej intensywnej terapii, obszar terapii natychmiastowej, obszar obserwacji, obszar konsultacyjny.

Szpitalne oddziały ratunkowe były wyposażone w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną. W trzech szpitalach stwierdzono przypadki wypożyczania sprzętu i aparatury medycznej należącej do SOR innym oddziałom szpitala, co ograniczało dostępność tych urządzeń dla pacjentów SOR.

#### Przykłady

W **Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie**, w oddziale brakowało aparatu do znieczulania oraz przenośnego ultrasonografu, które były wypożyczone na potrzeby Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Pracowni RTG.

W **105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach** nie zapewniono stałej dostępności w SOR przyłóżkowego zestawu RTG, który został wypożyczony do Oddziału Ortopedii i Traumatologii.

W **Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie** na wyposażeniu SOR nie było mobilnego aparatu do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania, respiratora stacjonarnego na obszarze resuscytacyjno-zabiegowym oraz aparatu do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym na obszarze terapii natychmiastowej.

Wszystkie kontrolowane SOR zapewniały całodobowy dostęp do badań diagnostycznych, wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, do badania USG, do komputerowego badania tomograficznego i do badań endoskopowych. Dostępność do tych badań zorganizowano w różny sposób.

#### Przykłady

W **Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie** badania gastroskopii, bronchoskopii, rektoskopii, laryngoskopii wykonywano od poniedziałku do piątku od 7:00 do 14:35 w Pracowni endoskopowej.

W **105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach** całodobowy dostęp do badań endoskopowych zapewniało, w ramach dyżurów, trzech lekarzy z uprawnieniami do wykonywania badań endoskopowych. W przypadku braku na dyżurze lekarza z odpowiednimi uprawnieniami, badania przeprowadzał lekarz dyżurujący pod telefonem, wzywany w razie potrzeby. Jak wyjaśnił dyrektor, Szpital współpracuje ze Szpitalem na Wyspie na podstawie porozumienia o wzajemnej współpracy i w przypadku zaistnienia konieczności konsultacji pacjent może być zbadany w tamtejszym szpitalu. Szpital cały czas poszukuje specjalistów w dziedzinie badań endoskopowych. Całodobowy dostęp do badań bronchoskopii zapew-

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

niono w ramach dyżurów lekarzy, które odbywają się w Oddziale Pulmonologicznym w filii Szpitala w Żaganii. W przypadku, gdy pacjent wymagał pilnie wykonania takiego badania, był na nie przewożony do tego oddziału.

**W Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie** zapewniono całodobowy dostęp do badań endoskopowych – które wykonywane były w Oddziałach Szpitala: Chirurgii Ogólnej (gastroskopia, rektoskopia) i Laryngologii (laryngoskopia i bronchoskopia). Od 1 stycznia 2019 r. badania bronchofiberoskopowe (z pobraniem wycinków) dla pacjentów tego Szpitala wykonywane były w dni robocze od 8:00 do 13:00, przez lekarzy Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie.

**W 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy** badania endoskopowe wykonywali wykwalifikowani lekarze dyżurujący pod telefonem, wzywani w razie potrzeby, z którymi zawierano umowy cywilno-prawne. Laryngoskopie wykonywali całodobowo lekarze dyżurujący w Klinicznym Oddziale Otolaryngologii.

Wszystkie skontrolowane szpitale miały problem z zatrudnieniem lekarzy do pracy w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Stawki godzinowe wynagrodzenia, wskazane w złożonych przez lekarzy ofertach, znacznie odbiegały od stawek zaplanowanych przez szpitale na ten cel. Większość lekarzy SOR zatrudniona była na podstawie kontraktu lub umowy zlecenia. Pełnili oni często kilkudziesięciogodzinne dyżury – bez przerwy na wypoczynek, tym samym mogli być przemęczeni, co ma negatywny wpływ na jakość leczenia (udzielanych świadczeń) i w skrajnych przypadkach zagraża życiu i zdrowiu zarówno lekarzy, jak i pacjentów.

Zatrudnienie lekarzy w SOR.

### Przykład

**W 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach**, w 47 przypadkach (38% ze 124 analizowanych dyżurów), wyznaczeni lekarze dyżurni pełnili dyżur w SOR ponad 24 godziny, a w trzech przypadkach (2,4%) nawet trzy doby.

**W Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie** czterech skontrolowanych lekarzy (zatrudnionych na podstawie kontraktu) pracowało nieprzerwanie od 31,5 do 79,6 godzin. Poszczególne dyżury przedzielone były 8-godzinnymi przerwami w pracy.

Stan zatrudnienia lekarzy w SOR, nie w pełni zabezpieczał minimalne potrzeby oraz prawidłowe funkcjonowanie oddziałów. Z tego powodu niepełna była obsada dyżurów lekarskich, a dyżury na SOR pełnili także lekarze, którzy nie spełniali warunków do zajmowania tego stanowiska, określonych w § 12 ust. 1 pkt 1i ust. 3 rozporządzenia w sprawie SOR. Kontrola wykazała również przypadki pełnienia dyżurów na SOR przez lekarzy, którzy nie byli zgłoszeni w umowie zawartej z NFZ.

### Przykłady

**W 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach** 31 dyżurów, tj. 25% ze 124 pełnionych w okresie lipiec – październik 2019 r., obsadzał tylko jeden lekarz. W 22 przypadkach (17,7% analizowanych dyżurów) funkcję lekarza dyżurnego SOR pełnił lekarz bez specjalizacji z medycyny ratunkowej – tym samym podejmowane przez niego czynności i decyzje, o których mowa w § 12 ust. 3 rozporządzenia w sprawie SOR, obarczone były ryzykiem popełnienia błędu. W marcu 2018 r. nie zapewniono obsady ordynatora SOR.

**W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Warszawie** dwóch lekarzy pełniących dyżury w SOR nie zostało ujętych w umowie (w części dotyczącej „potencjału wykonawczego”) zawartej z NFZ, będącej podstawą realizacji świadczeń medycyny ratunkowej przez dany szpital.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

**Segregacja medyczna** We wszystkich kontrolowanych SOR prowadzona była segregacja medyczna pacjentów, dotycząca pierwszeństwa w objęciu pacjenta niezbędną opieką medyczną. Zasady jej przeprowadzania w poszczególnych jednostkach były różne.

### Przykłady

W **105 Kresowym Szpital Wojskowym w Żarach** nie rejestrowano czasu oczekiwania pacjentów samodzielnie zgłaszających się do SOR na pierwszy kontakt z lekarzem.

**Szpital Wojewódzki w Koszalinie** nie wdrożył systemu monitorującego czas obsługi pacjenta w SOR.

Podczas segregacji medycznej pacjentów (triage), oceniano stan zdrowia pacjenta co do pierwszeństwa objęcia go niezbędną opieką medyczną i nadawano kod pilności oznaczony kolorem (kolory: czerwony, pomarańczowy, żółty, zielony i niebieski). W czterech szpitalach na pięć skontrolowanych (Warszawa, Bydgoszcz, Chełm, Żary), badanych pacjentów kwalifikowano do jednej z pięciu kategorii *pilności udzielania pomocy*, a w jednym – do czterech (Koszalin).

Cztery z pięciu objętych kontrolą szpitali (Warszawa, Bydgoszcz, Koszalin, Żary), stosownie do wymogów określonych w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, w wewnętrznych regulaminach organizacyjnych określiły maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa SOR lub o odmowie przyjęcia do SOR osoby, która nie jest w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Dwa podmioty ustaliły, że maksymalny czas na podjęcie decyzji przez lekarza wynosić będzie 24 godziny (Warszawa, Bydgoszcz). W dwóch innych szpitalach (Koszalin i Żary) określono maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego SOR decyzji o przyjęciu na 72 godziny, natomiast maksymalny czas na podjęcie decyzji o odmowie przyjęcia – na 24 godziny. W Szpitalu w Chełmie nie było uregulowań w tym zakresie.

### Dokumentacja medyczna SOR

Badanie dokumentacji medycznej dotyczącej 64 przypadków w każdym z kontrolowanych szpitali wykazało liczne nieprawidłowości.

### Przykład

W objętej badaniem indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów SOR w **Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Warszawie** stwierdzono nieprawidłowości dotyczące:

- braku rozpoznania wstępnego, oznaczenia lekarza przyjmującego, wywiadu oraz informacji dotyczących wypisania pacjenta w historiach choroby – w 12 z 64 zbadanych przypadków;
- braku wymaganych podpisów lekarzy na kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego – w 59 z 64 objętych badaniem przypadków oraz w historiach choroby – w 62 z 64 objętych badaniem przypadków;
- braku karty informacyjnej z leczenia szpitalnego – w dziewięciu z 64 zbadanych przypadków;
- braku daty wypisu w historii choroby – w 12 z 64 zbadanych przypadków,
- braku pełnego oznaczenia tożsamości pacjenta w dokumentacji medycznej w trzech z 64 badanych przypadków;



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- braku wypełnionego oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i do uzyskiwania dokumentacji lub adnotacji o niezłożeniu przez pacjenta takiego oświadczenia – w 24 z 64 zbadanych przypadków;
  - braku ponumerowania stron dokumentacji medycznej we wszystkich przypadkach objętych badaniem;
- co stanowiło naruszenie § 16 ust. 5–7 i § 20 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

Analizy przyjęć pacjentów do SOR wykazały, że pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia stanowili od 15% do 94%. Pozostali pacjenci, nie wymagali świadczeń medycyny ratunkowej.

**Obciążenie SOR pacjentami niebędącymi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego**

### Przykłady

#### **105 Kresowy Szpital Wojskowy w Żarach:**

- 2017 r. – z 10 109 przyjętych osób na SOR pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia stanowili ok. 31% (3133);
- 2018 r. – z 10 387 przyjętych osób na SOR, pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stanowili ok. 30% (3098);
- 2019 r. (do września) – z 7229 przyjętych osób na SOR, pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stanowili ok. 31% (2207).

#### **Szpital Wojewódzki w Koszalinie:**

- 2017 r. – z 49 133 przyjętych osób na SOR pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia stanowili 15,6% (7838);
- 2018 r. – z 47 821 przyjętych na SOR, pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia stanowili 16,3% (7803);
- 2019 r. (od 1.01. do 30.09 2019 r.) – z przyjętych na SOR 34 458 przyjętych na SOR, pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stanowili 14,2% (4893).

#### **Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie:**

- 2017 r. – z 21 744 przyjętych osób na SOR pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia stanowili 93,9% (20 410);
- 2018 r. – z 25 907 przyjętych na SOR pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia stanowili 39,8% (10 315);
- 2019 r. (do września) – z 19 007 przyjętych na SOR pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia stanowili 43,3% (8225).

Dyrektorzy kontrolowanych Szpitali wśród przyczyn zgłaszania się na SOR pacjentów, których stan zdrowia nie wymagał nagłej interwencji medycyny ratunkowej, jako przyczynę tego stanu rzeczy wymieniali np. długi czas oczekiwania na badanie lub poradę w trybie ambulatoryjnym, kierowanie do SOR pacjentów na tzw. wykonanie badań lub przypadków problematycznych (np. bezdomnych oraz osób do niedawna kierowanych do izb wytrzeźwień), a także przypadków trudnych, czyli kosztochłonnych.

## 6. ZAŁĄCZNIKI

### 6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

<b>Cel główny kontroli</b>	Głównym celem kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: Czy system ratownictwa medycznego zapewnia sprawne podejmowanie działań medycznych wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego?
<b>Cele szczegółowe</b>	Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Czy Minister Zdrowia sprawował należyty nadzór nad funkcjonowaniem PRM?</li><li>2. Czy wojewoda należycie realizował na terenie województwa zadania dot. planowania, organizacji, koordynowania i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne?</li><li>3. Czy jednostki systemu ratownictwa medycznego dysponują odpowiednią kadrą i wyposażeniem oraz prawidłowo realizują swoje zadania?</li><li>4. Czy środki finansowe przeznaczone na realizację zadań związanych z organizacją i funkcjonowaniem ratownictwa medycznego są prawidłowo planowane i wydatkowane?</li><li>5. Czy szpitalne oddziały ratunkowe działają zgodnie z założeniami systemu?</li></ol>
<b>Zakres podmiotowy</b>	Kontrolę przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, pięciu urzędach wojewódzkich w: Bydgoszczy, Lublinie, Szczecinie, w Gorzowie Wielkopolskim i Warszawie, w pięciu Oddziałach Wojewódzkich NFZ: Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Zachodniopomorskim i Mazowieckim; u pięciu dysponentów zespołów ratownictwa medycznego w Bydgoszczy, Zamościu, Szczecinie, Warszawie i Gorzowie Wielkopolskim, w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym w Warszawie, w pięciu szpitalach mających w swojej strukturze szpitalne oddziały ratunkowe w Bydgoszczy, Chełmie, Koszalinie, Warszawie, Żarach.
<b>Kryteria kontroli</b>	Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 lub 2 ustawy <i>o NIK</i> .
<b>Okres objęty kontrolą</b>	Kontrolą objęto okres od 1 stycznia 2018 r. do dnia zakończenia kontroli z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały one związek z przedmiotem kontroli lub niezbędne były dla celów statystycznych.
<b>Termin kontroli</b>	Kontrolę rozpoczęto 14 października 2019 r., ostatnie wystąpienie pokontrolne podpisano 16 września 2020 r.
<b>Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK</b>	W trakcie kontroli, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy <i>o NIK</i> , uzyskano informacje od Prezesa NFZ, marszałków pięciu województw oraz Wojewódzkich Komendantów PSP.
<b>Udział innych organów kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK</b>	Nie zlecano kontroli innym podmiotom na podstawie art. 12 ustawy <i>o NIK</i> .

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK, zgodnie z sugestiami instytucji zewnętrznych. W ramach przygotowania przedkontrolnego została przeprowadzona analiza wyników wcześniejszych kontroli, informacji medialnych, a także stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia. Jednostki do kontroli wybrano z różnych odległych regionów kraju w celu pełniejszej oceny funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego na obszarze Polsce. Dodatkowym kryterium wyboru szpitali było planowane uruchomienie w nich systemu TOPSOR od 1 października 2019 r.

Pozostałe informacje

W kontroli uczestniczyły Delegatury NIK: w Bydgoszczy, Lublinie, Szczecinie, Warszawie i Zielonej Górze. Przeprowadzono łącznie 22 kontrole jednostkowe.

Wyniki kontroli przedstawiono w 22 wystąpieniach pokontrolnych, w których sformułowano ogółem 47 wniosków pokontrolnych.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

Pod adresem Ministra Zdrowia skierowano wnioski dotyczące:

- podjęcia skutecznych działań w celu zapewnienia wystarczającej dla sprawnego funkcjonowania systemu PRM liczby lekarzy ze specjalnością z medycyny ratunkowej;
- zapewnienia warunków do terminowej realizacji koncepcji rozwoju SWD PRM 2.0. oraz wprowadzania nowych funkcjonalności do systemu w sposób niestwarzający zagrożeń dla prawidłowego funkcjonowania PRM;
- wzmożenia nadzoru nad procesem przygotowania systemu TOPSOR w sposób gwarantujący jego terminowe wdrożenie;
- ogłoszenia standardów postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną stosownie do art. 43 ustawy o PRM;
- uporządkowanie procesów tworzenia i wymiany danych w systemie PRM, niezbędnych do planowania działań i nadzoru nad systemem;
- podjęcia działań w celu wyeliminowania przewlekłości postępowań kontrolnych zleconych wojewodom i konsultantowi krajowemu w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Wnioski skierowane do wojewodów dotyczyły:

- ujmowania w wojewódzkim planie działania PRM rzetelnych danych dotyczących liczby połączeń i czasu obsługi zgłoszeń w dyspozytorniach medycznych, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu PRM;
- bieżącego aktualizowania danych zawartych w ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, o której mowa w art. 23a ustawy o PRM;
- podjęcia skutecznych działań organizacyjnych w celu zapewnienia, określonych w art. 24 ustawy o PRM, parametrów czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia;
- rzetelnego przygotowania kalkulacji rocznych kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego i ujęcia tych obliczeń w tabeli sporządzonej wg wzoru określonego w rozporządzeniu w sprawie wojewódzkiego planu PRM;
- podjęcia skutecznych działań w celu zapewnienia całodobowej realizacji działań przez wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego;

## ZAŁĄCZNIKI

- kontrolowania stosowania się szpitalnych oddziałów ratunkowych do wytycznych ustalonych w „Dobrych praktykach postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć;
- zintensyfikowania działań celem zatrudnienia wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego na poziomie zapewniającym całodobową realizację zadań w sposób stacjonarny.

Wnioski skierowane do dysponentów ZRM dotyczyły m.in.:

- wprowadzenia procedur postępowania w sytuacji długiego czasu oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć, o których wprowadzenie w 2017 r. zwracał się Wojewoda Lubelski;
- zapewnienia przestrzegania wymogów dotyczących czasu obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, czasu zadysponowania ZRM oraz czasu wyjazdu ZRM do miejsca zdarzenia, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r.
- podjęcie działań organizacyjnych zmierzających do zapewnienia wymaganych parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia ZRM;
- zapewnienia w dyspozytorni medycznej, co najmniej jednego rezerwowego stanowiska dyspozytorskiego;
- zapewnienia zgodnego z przepisami składu osobowego specjalistycznych ZRM;
- podjęcia działań mających na celu dostosowania dyspozytorni medycznej do obowiązujących wymogów;
- prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej – KZW ZRM i KMCR zgodnie z rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej;
- ustalenia z MOW NFZ wysokości środków nienależnie pobranych za realizację w latach 2018–2019 świadczeń przez specjalistyczny ZRM bez lekarza i ich zwrot;
- każdorazowego informowania Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ o zrealizowaniu wyjazdów ZRM S bez lekarza;
- sporządzania kart zleceń wyjazdu ZRM zgodnie z wymogami określonymi we wzorze kart zlecenia wyjazdu, stanowiącym załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej;
- weryfikacji uzyskanych z Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ środków finansowych na podstawie obowiązującej umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ratownictwo medyczne z dnia 28 marca 2019 r. oraz zwrot środków pobranych w nadmiernej wysokości, tj. ryczałtów na specjalistyczne ZRM w sytuacji faktycznego wykonywania zleceń przez zespoły podstawowe;
- dążenia do dochowania określonego w przepisach maksymalnego czasu wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego, w przypadku kodu pilności KOD-1;
- wzmocnienia nadzoru nad przestrzeganiem przez zespoły ratownictwa medycznego maksymalnych czasów dotarcia na miejsce zdarzenia.

Do Lotniczego Pogotowia Ratunkowego skierowano wnioski dotyczące:

- wprowadzania nowych funkcjonalności do SWD PRM w sposób niestwarzający zagrożeń dla prawidłowego funkcjonowania systemu PRM.
- zintensyfikowania nadzoru nad procesem przygotowania systemu TOPSOR w celu terminowego, tj. od 1 stycznia 2021 r. wdrożenia go we wszystkich szpitalach objętych programem.

Wnioski adresowane do kierowników szpitali, które w swojej strukturze mają oddziały ratunkowe, dotyczyły:

- udzielania niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, które zostały przywiezione przez ZRM;
- przekazywania do MUW informacji dla potrzeb aktualizacji wojewódzkiego planu działania systemu PRM, dotyczących funkcjonowania SOR zgodnych ze stanem faktycznym;
- zapewnienia minimalnej obsady kadrowej SOR, zgodnie z wymogami sformułowanymi w § 12 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie SOR;
- aktualizowania na bieżąco danych dotyczących zatrudnionego personelu lekarskiego zawartych w „Harmonogramie – zasoby”;
- zapewnienia stałej obecności w SOR przyłóżkowego aparatu RTG zgodnie z wymogami sformułowanymi w § 4 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia w sprawie SOR;
- ustalenia liczby łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zabezpieczonych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych na leczenie ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego;
- zapewnienia w SOR sprzętu stanowiącego jego minimalne wyposażenie;
- rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej;
- przeprowadzania segregacji medycznej wszystkich pacjentów leczonych w SOR;
- wdrożenia koloru pomarańczowego w procesie segregacji medycznej oraz właściwego czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w kolorze zielonym i niebieskim;
- wdrożenia mechanizmów zapewniających prowadzenie dokumentacji medycznej zawierającej informacje dotyczące bólu i wymagane podpisy.

Z informacji o sposobie wykorzystania wniosków pokontrolnych wynika, że do dnia 28 września 2020 r. ze wszystkich 47 wniosków pokontrolnych zrealizowano 21 wniosków, w trakcie realizacji są trzy wnioski, 23 wnioski są niezrealizowane.

Do trzech wystąpień pokontrolnych, skierowanych do dwóch wojewódów oraz Ministra Zdrowia, złożone zostały zastrzeżenia, które zostały oddalone. Po ustawowym terminie wpłynęły zastrzeżenia do wystąpienia skierowanego do jednego z dysponentów ZRM – postanowieniem z dnia 24 lutego 2020 r. odmówiono przyjęcia zgłoszonych zastrzeżeń, jako wniesionych po terminie.

Finansowe skutki nieprawidłowości w postaci kwot odzyskanych przez NFZ wyniosły 241 919,67 zł.

## ZAŁĄCZNIKI

### Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki	Mikołaj Bogdanowicz Wojewoda
2.		Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Bydgoszczy	Andrzej Wiśniewski p.o. Dyrektora
3.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy	Krzysztof Tadrzak Dyrektor
4.		10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	Pułkownik dr n. med. Robert Szycza Komendant
5.	Delegatura NIK w Lublinie	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Lech Sprawka Wojewoda
6.		Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ	Karol Tarkowski Dyrektor
7.		Samodzielna Publiczna Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu	Mieczysław Brzozowski Dyrektor
8.		Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	Kamila Ćwik Dyrektor
9.	Delegatura NIK w Szczecinie	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie	Tomasz Hinc Wojewoda
10.		Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ	Dariusz Ruczyński Dyrektor
11.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie	Roman Pałka Dyrektor
12.		Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	Andrzej Kondaszewski Dyrektor
13.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	Władysław Dajczak Wojewoda
14.		Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ	Piotr Bromber Dyrektor
15.		Samodzielna Publiczna Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp.	Andrzej Szmit Dyrektor
16.		105 Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach	Sławomir Gaik Dyrektor
17.	Delegatura NIK w Warszawie	Ministerstwo Zdrowia	Łukasz Szumowski/Andrzej Niedzielski Minister
18.		Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Konstanty Radziwiłł Wojewoda
19.		Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ	Michał Dziegielewski p.o. Dyrektora
20.		Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	dr hab. n. o zdr. Robert Gałązkowski
21.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SP ZOZ w Warszawie	Karol Bielski Dyrektor
22.		Uniwersyteckie Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	Robert Tomasz Krawczyk Dyrektor

## 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

### Analiza stanu prawnego

Zadaniem systemu Państwowego Ratownictwa o Medycznego jest zapewnienie pomocy każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. System PRM działa 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, przez cały rok. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, a na obszarze województwa – wojewoda, którego zadaniem jest też jego planowanie, organizowanie i koordynowanie systemu (art. 19 ustawy o PRM).

### Minister Zdrowia

Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia (art. 20 ustawy o PRM). W ramach nadzoru minister:

- zatwierdza wojewódzki plan działania systemu PRM i jego aktualizacje;
- może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa;
- może żądać od wojewody dokonania czynności kontrolnych na podstawie art. 31; może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek oraz dyspozytorni medycznej na zasadach określonych w dziale VI ustawy o działalności leczniczej.

W związku z nieprawidłowościami związanymi z wydłużonym czasem oczekiwania zespołów ratownictwa medycznego na przekazanie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz zwiększoną liczbą pacjentów zgłaszających się na SOR, a niebędących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a także w związku z koniecznością wypracowania rozwiązania mającego na celu poprawę funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zostały opracowane w Ministerstwie Zdrowia wytyczne dla jednostek systemu w formie „dobrych praktyk”, tj. :

- Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć z 4 kwietnia 2017 r.
- Dobre praktyki uruchomienia dyspozytorni medycznych i zespołów ratownictwa medycznego w oparciu o system wspomagania dowodzenia państwowego ratownictwa medycznego z 12 czerwca 2017 r.
- Wytyczne do obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach kierowanych do dyspozytorni medycznej w SWD PRM z 12 czerwca 2017 r.
- Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu z 6 lutego 2018 r.
- Procedury – zdarzenia mnogie/masowe. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej dotyczące procedur postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego z 11 czerwca 2015 r.

## Wojewoda

### Wojewódzki plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

Zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy o PRM, system Państwowe Ratownictwo Medyczne działa na obszarze województwa na podstawie wojewódzkiego planu działania, sporządzonego przez wojewodę i zatwierdzonego przez ministra właściwego ds. zdrowia. Wojewoda przygotowuje plan, który szczegółowo opisuje sposób zabezpieczenia świadczeń ratowniczych na terenie województwa. Plan jest aktualizowany co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 30 marca, według danych za rok poprzedni i jest publikowany w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej urzędu wojewódzkiego. Zakres informacji objętych wojewódzkim planem działania określony został w art. 21 ust. 3 ustawy o PRM. Szczegółowy zakres danych oraz ramowy wzór planu, określony został w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne<sup>108</sup>. Zgodnie z art. 21 ust. 16a ustawy o PRM, część informacji zawartych w PDS stanowi tajemnicę prawnie chronioną i nie podlega udostępnieniu na podstawie ustawy z dnia 2001 o dostępie do informacji publicznej oraz zgodnie z § 4 rozporządzenia – upublicznieniu<sup>109</sup>.

Działania wojewody dotyczące rozmieszczenia ZRM powinny mieć na celu utrzymanie należytej dostępności do świadczeń ratowniczych, poprzez spełnienie kryteriów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia ZRM. Planowanie zmian dotyczących miejsc stacjonowania, liczby i rodzaju ZRM powinna poprzedzać dokładna analiza danych z funkcjonowania ZRM.

Projekt wojewódzkiego planu działania podlega uzgodnieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ (np. co do liczby i rozmieszczenia SOR, centrów urazowych oraz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego) oraz z komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej, komendantem wojewódzkim Policji, dyrektorem Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, komendantem oddziału Straży Granicznej (co do sposobu współpracy jednostek systemu PRM z jednostkami współpracującymi z systemem, które uzyskały wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem). Następnie projekt planu wojewoda przekazuje do zaopiniowania właściwym powiatowym i wojewódzkim jednostkom samorządu terytorialnego. Po uzgodnieniu i zaopiniowaniu przez właściwe jednostki projekt planu wojewoda przekazuje do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia, który uzupełnia jego treść o część dotyczącą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień zawartych w planie. Procedurę uzgadniania i zatwierdzania wojewódzkich planów działania systemu PRM i ich aktualizację reguluje art. 21 ustawy o PRM.

<sup>108</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 2154. Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1902), które utraciło moc z dniem 1 listopada 2018 r. na podstawie art. 25 pkt 1a ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o PRM.

<sup>109</sup> Przepis dodany przez art. 1 pkt 17 lit. h ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o PRM.



Czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia mierzony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego jest jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Zgodnie z art. 24 ustawy *o PRM* wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:

- mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- trzeci kwartył czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

Przyjmuje się, że 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami.

W urzędzie wojewódzkim działają wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego (por. art. 29 ustawy *o PRM*), zatrudnieni przez wojewodę na podstawie stosunku pracy, na poziomie pozwalającym zapewnić całodobową realizację:

- koordynacji współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu spoza jednego rejonu operacyjnego;
- rozstrzygania sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego;
- udziału w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego;
- współpracy z KCMRM<sup>110</sup> oraz innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego;
- współpracy oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego.

Instytucja wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego została wprowadzona z dniem 26 czerwca 2018 r. do ustawy *o PRM* przez art. 1 pkt 30 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy *o PRM*. Wcześniej funkcjonowali lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego.

Wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego oraz zespoły ratownictwa medycznego wykonują zadania z wykorzystaniem Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) – systemu teleinformatycznego umożliwiającego przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego oraz powiadomień

<sup>110</sup> Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego utworzone przez dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, jednostkę nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego na terenie województwa. Na podstawie z art. 24 g ustawy o PRM Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego<sup>111</sup> minimalne funkcjonalności, sposób utrzymania, zarządzania oraz minimalne wyposażenie systemu.

Zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie (art. 46 ustawy o PRM). Wojewoda do dnia 15 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego. Na podstawie art. 49 ustawy o PRM wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Następuje ono na podstawie art. 20 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie<sup>112</sup> oraz art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych w formie porozumienia pomiędzy wojewodą i Narodowym Funduszem Zdrowia, reprezentowanym przez dyrektora oddziału wojewódzkiego. Środki na finansowanie umów wojewoda przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

### Jednostki systemu

Zgodnie z art. 32 ustawy o PRM jednostkami systemu są:

- szpitalne oddziały ratunkowe;
- zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa, wchodzące w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielny publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego.

Zawiadomienie o zdarzeniu, w wyniku którego osoby znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego są kierowane w formie zgłoszenia alarmowego na numer 112 do Centrum Powiadomienia Ratunkowego i następnie za pośrednictwem systemu teleinformatycznego SI CPR są przekierowywane do dyspozytorni medycznej lub bezpośrednio do niej na numer 999. Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi

<sup>111</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1310.

<sup>112</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1464.

podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i centrami powiadamiania ratunkowego, w celu podjęcia działań ratowniczych w związku z realizacją zadań dyspozytora medycznego, przy wykorzystaniu systemu teleinformatycznego i sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych. Do dnia 31 grudnia 2027 r. może funkcjonować więcej niż 18 dyspozytorni medycznych<sup>113</sup> (art. 25a ustawy o PRM określa, że wojewoda tworzy i prowadzi jedną dyspozytornię medyczną w województwie, a w województwie mazowieckim i śląskim mogą być utworzone dwie).

W pierwszej kolejności działania podejmują zespoły ratownictwa medycznego, które po otrzymaniu wezwania udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w miejscu zdarzenia, a w razie potrzeby transportują osobę do szpitalnego oddziału ratunkowego lub odpowiedniego szpitala specjalistycznego. W szczególnych przypadkach do działania przystępuje Lotniczy Zespół Ratownictwa Medycznego.

Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na (art. 36 ustawy o PRM):

- zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która spełnia wymagania określone w art. 10 ustawy o PRM. Wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań zawodowych, w szczególności na (art. 11 ust. 1 ustawy o PRM):

- udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza;
- zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- udzielaniu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Zgodnie z art. 12 ustawy o PRM, ratownik medyczny ma prawo i obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego. Może być ono realizowane przez: kursy doskonalące oraz samokształcenie. Ratownik medyczny ma obowiązek przekazania wojewodzie kart doskonalenia zawodowego w terminie nie dłuższym niż 30 dni od zakończenia danego okresu edukacyjnego w celu potwierdzenia przez wojewodę dopełnienia obowiązku (art. 12 ust. 3).

<sup>113</sup> Por. art. 9 ust. 9 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o PRM.

Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. Wykaz norm zharmonizowanych zawarty jest w obwieszczeniu Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacyjnego z dnia 14 lipca 2016 r.<sup>114</sup> Zgodnie z tym wykazem ambulanse mają normę PN 1789.

Zgodnie z § 47 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi:

- dokumentację zbiorczą w formie księgi dysponenta zespołów ratownictwa medycznego;
- dokumentację indywidualną w formie karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, karty medycznych czynności ratunkowych albo karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

Szpital musi spełniać określone standardy, aby mógł utworzyć SOR i ubiegać się o dofinansowanie. Na podstawie art. 34 ustawy o PRM Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego<sup>115</sup> określił szczegółowe zadania, organizację i wyposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych. Szpitalny oddział ratunkowy organizuje się w szpitalu, w którym znajdują się co najmniej:

- oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową;
- oddział chorób wewnętrznych;
- oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
- pracownia diagnostyki obrazowej;
- miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 33a ustawy o PRM, w szpitalnym oddziale ratunkowym od 1 lipca 2019 r.<sup>116</sup> miała być prowadzona segregacja medyczna przy pomocy systemu TOPSOR. Ustawą z dnia 11 września 2019 r. o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw<sup>117</sup> zmieniono termin wprowadzenia segregacji medycznej do dnia 1 stycznia 2021 r. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana jedna z kategorii w pięciostopniowej skali. Informacja o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych podawana jest na wyświetlaczu zbiorczym umieszczonym w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

Rozporządzenie w sprawie SOR określa minimalne wyposażenie poszczególnych obszarów szpitalnego oddziału ratunkowego oraz wymagania odnośnie pomieszczeń, w których został usytuowany. W zakresie nieuregulowanym w rozporządzeniu SOR, szpitalny oddział ratunkowy powinien spełniać wymagania określone w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny

<sup>114</sup> M.P. z 2016 r. poz. 786.

<sup>115</sup> Dz. U. poz. 1213, ze zm. – obowiązuje od 1 lipca 2019 r., poprzednio obowiązywało rozporządzenie z dnia 3 listopada 2011 r. – Dz. U. z 2018 r. poz. 1213.

<sup>116</sup> Artykuł dodany do ustawy o PRM na podstawie art. 4 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach.

<sup>117</sup> Dz. U. poz. 1905.

*odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*<sup>118</sup>.

Minimalne zasoby kadrowe oddziału, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie SOR (§ 12), stanowią:

- ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) będący lekarzem z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu z wyższym wykształceniem i co najmniej 5-letnim stażem pracy w oddziale, koordynujący pracę osób, o których mowa w pkt 4 i 5;
- lekarze zatrudnieni na poziomie pozwalającym zabezpieczyć prawidłowe funkcjonowanie oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale będący lekarzem systemu;
- pielęgniarki lub ratownicy medyczni zatrudnieni na poziomie pozwalającym zabezpieczyć prawidłowe funkcjonowanie oddziału;
- rejestratorki medyczne oraz personel pomocniczy oddziału zatrudnieni na poziomie pozwalającym zabezpieczyć prawidłowe funkcjonowanie oddziału.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>119</sup> oraz w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia. Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej, uwzględniając rodzaje podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, a także konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej, określił rodzaj i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych dokumentów.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe są finansowane na zasadach i w trybie określonym w ustawie o świadczeniach, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Sposób finansowania SOR oparty jest na tzw. wskaźnikach struktury i wskaźnikach funkcji. Wysokość kontraktu zależy od liczby oraz stanu pacjentów, którzy są przyjmowani w oddziale.

### **Oddziały Wojewódzkie NFZ**

Zakres działania organów Narodowego Funduszu Zdrowia, określają przepisy ustawy o świadczeniach. W ramach NFZ tworzy się oddziały wojewódzkie funduszu. Zakres ich zadań określają regulaminy organizacyjne oddziałów wojewódzkich, nadane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa NFZ.

<sup>118</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 595.

<sup>119</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.

Na podstawie art. 49 ust. 2 ustawy o PRM, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ zawiera umowy z dysponentami na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, na rejon operacyjny, na podstawie wojewódzkiego planu działania. Do postępowania w sprawie zawarcia umów, ich rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach. Dysponenti zespołów ratownictwa medycznego mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym. Świadczenia mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających ich na zlecenie świadczeniodawcy.

Warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne określone zostały w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>120</sup>. Zgodnie z § 3 ust. 1 zarządzenia Nr 14/2019/DSM, przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest wyłonienie świadczeniodawcy – dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, który kompleksowo zabezpieczy realizację świadczeń przez wszystkie zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym wraz z zapewnieniem działania dyspozytorni medycznej zabezpieczającej dany rejon operacyjny. Począwszy od 1 kwietnia 2019 r., zgodnie z art. 32 ustawy o PRM, zespoły ratownictwa medycznego muszą wchodzić w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego. Zgodnie z § 6 ust. 17 zarządzenia Nr 14/2019/DSM, zespół ratownictwa medycznego zapewniający gotowość do udzielania świadczeń nie może realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń, a w szczególności leczenia szpitalnego, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o wszelkich nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umów (art. 49 ust. 6 ustawy o PRM) oraz działając w porozumieniu z wojewodą, może rozwiązać umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się zespołów ratownictwa medycznego z obowiązków wynikających z zawartej umowy (art. 49 ust. 7 ustawy o PRM).

### **Lotnicze Pogotowie Ratunkowe**

Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, które wchodzi w strukturę Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR).

<sup>120</sup> W okresie do 31 marca 2019 r. w zarządzeniu Nr 64/2016/DSM z dnia 30 czerwca 2016 r. (Dz. Urz. NFZ z 2016 r. poz. 64, ze zm.) i od 1 kwietnia 2019 r. w zarządzeniu Nr 14/2019/DSM z dnia 7 lutego 2019 r. (Dz. Urz. NFZ z 2019 r. poz. 14, ze zm.)

Celem działania LPR jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym wykonywanie czynności ratunkowych oraz lotniczego transportu sanitarnego. Zadaniem LPR jest wykonywanie obowiązków operatora krajowych dyspozytorskich sieci łączności bezprzewodowej dla potrzeb systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz rozbudowa i modyfikacja Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe prowadzi działalność w dwudziestu jeden bazach stałych, w których stacjonują śmigłowcowe zespoły ratownictwa medycznego. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego (art. 37 ustawy o PRM) składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. Jest on wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz wymogi wymienione w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. – *Prawo Lotnicze*<sup>121</sup> (art. 37 ust. 2 ustawy o PRM).

Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest finansowana w formie dotacji podmiotowej z budżetu państwa (art. 48 ustawy o PRM), z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Zgodnie z art. 131 ustawy o *finansach publicznych* dotacje podmiotowe obejmują środki dla podmiotu wskazanego w odrębnej ustawie lub w umowie międzynarodowej, wyłącznie na dofinansowanie działalności bieżącej w zakresie określonym w odrębnej ustawie lub umowie międzynarodowej<sup>122</sup>. Warunkiem finansowania jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu ratownictwa medycznego do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zakresie określonym w umowie zawartej z Ministrem Zdrowia.

Na podstawie art. 24a ustawy o PRM, Minister Zdrowia powierza dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego administrowanie SWD PRM oraz przekazuje mu odpowiedzialność za rozbudowę i modyfikacje systemu. Dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego tworzy komórkę organizacyjną pod nazwą „Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego” (KCMRM), do zadań której należy realizowanie zadań powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie administrowania, rozbudowy i modyfikacji SWD PRM. W celu realizacji zadań polegających na zapewnieniu od dnia 1 stycznia 2019 r. utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM, dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego był na podstawie art. 12 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. zobowiązany do zatrudnienia i przeszkolenia pracowników. Finansowanie zadań KCMRM odbywa się z dotacji celowej, z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie zawartej umowy. Finansowanie wydatków inwestycyjnych związanych w szczególności z budową i wyposażeniem KCMRM odbywa się również z dotacji celowej, której dysponentem jest Minister Zdrowia (art. 27 a ust. 3 i 4 ustawy o PRM).

<sup>121</sup> Dz. U. Nr 130 poz. 1112, ze zm.

<sup>122</sup> Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w roku 2018 realizowało zadania statutowe przy wsparciu finansowym uzyskanym w ramach dotacji podmiotowej i sześciu dotacji celowych.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ. Do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ należy przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie, rozliczanie i kontrola realizacji tych umów (art. 107 ust. 5 pkt 6 ustawy *o świadczeniach*). Umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych powinny zagwarantować środki przeznaczone na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, o których mowa w § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>123</sup>, oraz środki na wzrost wynagrodzeń ratowników medycznych oraz dyspozytorów medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne, ratowników medycznych oraz pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u podwykonawcy, o których mowa w § 16 ust. 4a, 4b, 4c załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

Zgodnie z art. 161a *ustawy o świadczeniach*, do postępowania o zawarcie umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy *o PRM*, ich zawarcia i rozliczania stosuje się przepisy Działu VI (Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami) tej ustawy.

### **Analiza uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych**

Finansowanie jednostek ratownictwa medycznego następuje z dwóch źródeł: budżetu państwa i z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia:

- z budżetu państwa;
- z części, której dysponentami są wojewodowie, finansowane są zespoły ratownictwa medycznego oraz koszty związane z funkcjonowaniem dyspozytora medycznego. Środki budżetowe na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego przez wojewodów są ustalane w następujący sposób: wojewodowie do dnia 31 marca r. poprzedzającego rok budżetowy przedstawiają Ministrowi Zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego, na podstawie tych założeń Minister Zdrowia do dnia 20 maja roku poprzedzającego rok budżetowy przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego wraz z podziałem środków na poszczególne województwa. Na podstawie założeń minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 6 maja roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie zadań ZRM wraz z podziałem tych środków między poszczególne województwa. W celu ustalenia pro-

<sup>123</sup> Dz. U z 2015 r. poz. 1628, ze zm.



pozycji wysokości środków na finansowanie zadań, z uwzględnieniem podziału tych środków między poszczególne województwa, minister właściwy do spraw zdrowia wydziela środki na realizację umów międzynarodowych, a następnie kolejno oblicza dla każdego województwa – sumę: iloczynu liczby zespołów podstawowych w tym województwie i wskaźnika kosztów całodobowego utrzymania zespołu podstawowego stanowiącego 0,75 kosztów całodobowego utrzymania zespołu specjalistycznego oraz liczby zespołów specjalistycznych, tzw. „unormowaną liczbą zespołów”; sumę unormowanej liczby zespołów łącznie dla wszystkich województw; dla każdego województwa – udział procentowy unormowanej liczby zespołów w sumie, liczby zespołów ustala się na podstawie planów, uwzględniając współczynniki stanowiące stosunek okresu funkcjonowania zespołu ratownictwa medycznego w danym roku do całego roku.

W terminie określonym w art. 120 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach*, minister właściwy do spraw finansów publicznych przekazuje Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia informację o wysokości środków na finansowanie ZRM, które będą ujęte w projekcie ustawy budżetowej. Wysokość środków na finansowanie zadań dla danego województwa stanowi sumę środków na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego wynikających z umów międzynarodowych w tym województwie oraz iloczynu ogólnej kwoty środków planowanych na zadania zespołów ratownictwa medycznego pomniejszonych o środki wydzielone na realizację zadań wynikających z umów międzynarodowych i udziału procentowego.

- działalność wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego finansowana jest z części budżetu państwa, której dysponentem jest wojewoda;
- działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest finansowana w formie dotacji podmiotowej z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Warunkiem uzyskania finansowania jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu ratownictwa medycznego do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zakresie określonym w umowie zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego dokonywana jest z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a w szczególności: kosztów osobowych, kosztów eksploatacyjnych, kosztów administracyjno-gospodarczych, odpisu amortyzacyjnego z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację budżetową.

- działalność bieżąca Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego oraz wydatki inwestycyjne związane z budową i wyposażeniem KCMRM finansowane są z dotacji celowej, z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie umów zawartych między ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego;

## ZAŁĄCZNIKI

- z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia finansowane są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego są finansowane na zasadach i w trybie określonych w art. 107 ust. 5 pkt 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach*, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Finansowanie świadczeń odbywa się w oparciu o stawkę ryczału dobowego. Jego wysokość stanowi suma dwóch składowych, obliczana według wzoru:  $R = R_s + R_f$   $R$  – stawka ryczału dobowego,  $R_s$  – składowa ryczału za strukturę,  $R_f$  – składowa ryczału za funkcję.

### 6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1115, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1077).
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.).
6. Ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2019 r. poz. 1464).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595).
9. Rozporządzenie z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1310).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2018 r. poz. 2154).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069) – utrata mocy 15 kwietnia 2020 r.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1655).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2001).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1884) – utrata mocy 1 stycznia 2020 r.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2018 r. w sprawie Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 187).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1213, ze zm.).

## ZAŁĄCZNIKI

17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2018 r. poz.1897).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz. U. poz. 1703).
19. Zarządzenie Nr 14/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne (Dz. Urz. NFZ z 2019 r. poz. 14, ze zm.).
20. Zarządzenie Nr 16/2018/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć (Dz. Urz. NFZ z 2018 r. poz. 16, ze zm.).

#### **6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informacje o wynikach kontroli**

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
8. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
9. Sejmowa Komisja Zdrowia
10. Senacka Komisja Zdrowia
11. Minister Zdrowia
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
13. Rzecznik Praw Pacjenta

## 6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 27 stycznia 2021

NKM.0910.3.2020.16.KCZ

**Pani**  
**Małgorzata Motylow**  
**Wiceprezes**  
**Najwyższej Izby Kontroli**

**Szanowna Pani Prezes,**

w nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli P/19/105 **Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego** i Informacji Najwyższej Izby Kontroli (dalej „NIK”) o wynikach kontroli przekazanej przy piśmie z dnia 12 stycznia 2021 r. o znaku: LWA.430.005.2020, poniżej przedkładałam stanowisko do ww. dokumentu.

Na wstępie należy podkreślić, iż wszelkie dotychczas zgłoszone uwagi, wyjaśnienia i sprostowania w ramach zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego oraz informacji o sposobie realizacji wniosków pokontrolnych, w których Minister Zdrowia nie podzielał opinii oraz ocen NIK, pozostają aktualne. Ponadto wiele kwestii sygnalizowanych w Informacji o wynikach kontroli NIK, pozostaje w zakresie kompetencji wojewodów, dysponentów Zespołów Ratownictwa Medycznego (dalej „ZRM”) czy dyrektorów szpitali, w których funkcjonują szpitalne oddziały ratunkowe. Przede wszystkim nie mogę zgodzić się z ogólną konkluzją NIK, iż *nadzór sprawowany przez Ministra Zdrowia nad Państwowym Ratownictwem Medycznym i podejmowane przez niego działania organizacyjne nie zapewniły skutecznego funkcjonowania tego systemu.* (str. 21 – *Brak skutecznego nadzoru MZ nad systemem PRM*). Taka nieuzasadniona konkluzja, oparta na fragmentarycznej, wybiórczej analizie kilku elementów, z pominięciem istoty solidnych fundamentów systemu, jest nie tyle krzywdząca dla Ministra Zdrowia, jako

organu nadzorującego system PRM, ile dla podmiotów i organów tworzących ten system od wielu lat. Na przestrzeni ostatnich 20 lat dokonał się kolosalny postęp w tej dziedzinie medycyny. W Polsce są ratownicy medyczni oraz lekarze i pielęgniarki wyspecjalizowani w udzielaniu świadczeń osobom w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, nowoczesne ambulanse, szpitalne oddziały ratunkowe, centra urazowe i w pełni z informatyzowany system dysponowania i nadzoru nad ruchem ambulansów. Minister Zdrowia i wojewodowie mają wszelkie narzędzia do tego, aby nadzorować system od poziomu krajowego i wojewódzkiego aż do wglądu do czynności wykonywanych przez każdą jednostkę systemu z osobna.

W kontekście konkretnych zarzutów opisanych w treści przedłożonej Informacji o wynikach kontroli, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

### **1) Opóźnienie w wydawaniu aktów wykonawczych, str. 21.**

Ministerstwo Zdrowia podjęło wszelkie należne starania, aby oba wskazane przez NIK rozporządzenia i obwieszczenie zostały wydane jak najszybciej. Jednak przedłużający się proces legislacyjny ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw<sup>1</sup>, a także jej późne wejście w życie, wpłynęły na wydłużenie procesu realizacji zadań nałożonych tą ustawą. Po powstaniu komórki merytorycznej w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialnej za realizację zadań związanych z Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej także: „SWD PRM” (Wydział ds. SWD PRM), ruszyły prace nad przygotowaniem nowych przepisów, w tym:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego,
- obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego.

Z uwagi na przedłużający się proces poszukiwania merytorycznych pracowników oraz *stricte* techniczną materię rozporządzenia w sprawie SWD PRM, projekt przedmiotowego rozporządzenia wymagał dłuższych prac, niż inne akty prawne rangi rozporządzenia. Projekt trafił do uzgodnień wewnętrznych w dniu 5 grudnia 2018 r., a dnia 15 grudnia 2018 r. do uzgodnień zewnętrznych.

---

<sup>1</sup> Dz. U. poz. 1115, z późn. zm.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego przekazano 21 lutego 2019 r. do Rządowego Centrum Legislacji (dalej także „RCL”), z wnioskiem o rozpatrzenie go przez Komisję Prawniczą. RCL poinformowało, że ze względu na fakt, iż rozporządzenie to reguluje kwestie dotyczące funkcjonowania systemu teleinformatycznego, przedmiotowy projekt powinien zostać skierowany do rozpatrzenia przez Komitet Rady Ministrów do spraw Cyfryzacji, co uczyniono dnia 21 marca 2019 r. Po wymianie uwag z RCL oraz po dostosowaniu rozporządzenia do tych uwag, z dniem 4 czerwca 2019 r. projekt został ponownie skierowany do Rządowego Centrum Legislacji, z wnioskiem o zwolnienie go z rozpatrzenia przez Komisję Prawniczą. RCL pismem z dnia 1 lipca 2019 r. poinformowało Ministerstwo Zdrowia, że projekt nie wymaga rozpatrzenia przez Komisję Prawniczą. W związku z powyższym w dniu 2 lipca 2019 r. przedmiotowe rozporządzenie zostało przekazane do podpisu Ministra Zdrowia.

W zakresie przedłużającego się procesu legislacyjnego w odniesieniu do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, aktualne pozostają wyjaśnienia zawarte w pkt 1. Projekt ten trafił w dniu 12 grudnia 2018 r. do uzgodnień wewnętrznych, a 17 grudnia 2018 r. do uzgodnień zewnętrznych z terminem zgłaszania uwag do 7 stycznia 2019 r. W związku z licznymi uwagami do projektu, proces uzgodnieniowy wydłużył się. W dniu 20 lutego 2019 r. projekt został przekazany do Rządowego Centrum Legislacji, z wnioskiem o zwolnienie z rozpatrzenia przez Komisję Prawniczą. Dnia 4 marca 2019 r. RCL poinformowało Ministerstwo Zdrowia, że projekt powinien zostać skierowany do rozpatrzenia przez Komitet Rady Ministrów do spraw Cyfryzacji, co uczyniono dnia 19 marca 2019 r. Po odniesieniu się do uwag Komitetu Rady Ministrów do spraw Cyfryzacji (długi czas uzgadniania zapisów rozporządzenia z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji – od 28 marca 2019 r. do 7 sierpnia 2019 r.) oraz po dostosowaniu rozporządzenia do tych uwag, w dniu 8 sierpnia 2019 r. rozporządzenie uzyskało zwolnienie z Komisji Prawniczej i zostało skierowane do podpisu Ministra Zdrowia.

Powyższe wyjaśnienia złożone Kontrolerom NIK przez Departament Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia (ówcześnie – Departament Ratownictwa Medycznego i Obronności) nie znalazły, niestety, odzwierciedlenia w ostatecznie sformułowanych dokumentach pokontrolnych NIK. Jest to o tyle istotne, że przedłużający się proces



legislacyjny ww. aktów pozostał bez wpływu na wdrożenie i rozwój SWD PRM do wersji 2.0.

### **2) *Nierzetelne dane pochodzące z systemu SWD PRM i z wojewódzkich planów działania PRM (str. 11).***

W pierwszej kolejności należy podkreślić, że z Informacji o wynikach kontroli NIK w żadnym razie nie wynika zależność pomiędzy jakością danych pozyskiwanych przez Ministra Zdrowia, a sposobem sprawowania nadzoru nad funkcjonowaniem systemu PRM. Ministerstwo Zdrowia, dzięki wdrożeniu SWD PRM, zyskało istotne źródło informacji o liczbie, czasie i rodzaju świadczeń udzielanych w pozaszpitalnej części systemu PRM. Nie można określać danych pozyskanych z SWD PRM jako nierzetelne. Stworzony system teleinformatyczny jest jedynym na skalę kraju jednorodnym narzędziem funkcjonującym w każdej dyspozytorni medycznej oraz w każdym zespole ratownictwa medycznego i poprawnie rejestruje wprowadzane do niego dane. Sformułowanie o nierzetelności można przypisać jedynie do nierzetelnego wprowadzania danych do tego systemu przez jego użytkowników, czego przyczyną jest głównie niestosowanie się do instrukcji właściwej obsługi SWD PRM. Tego typu błędy mają jednak marginalny charakter, a po ich ujawnieniu, są kierowane wnioski o korektę. Należy podkreślić, iż przed wprowadzeniem SWD PRM, w obszarze systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne funkcjonowało jedynie ręczne wprowadzanie danych, na podstawie których sporządzane były raporty i analizy z funkcjonowania systemu. Ręczne wprowadzanie danych, najczęściej ex post, stwarzało możliwość ich swobodnego zmieniania. Tymczasem system teleinformatyczny rejestruje każdą czynność w czasie rzeczywistym i wprowadzenie jej z opóźnieniem generuje czas wprowadzenia danych do systemu SWD PRM, a nie faktycznej realizacji świadczenia. Wprowadzanie danych nie jest zautomatyzowane i wymaga wykonania określonych czynności przez użytkownika. Ponadto, z powodu okresowych przerw w dostępie do sieci internetowej (np. słaby zasięg), system zapewnia rejestrację czynności na urządzeniu, na którym jest on używany i w przypadku przywrócenia łączności z siecią, dane te są zapisywane na serwerze.

Dane zgromadzone w SWD PRM są bardzo cennym źródłem informacji odnośnie do funkcjonowania systemu PRM i przedstawiają jego realny obraz. Na podstawie tych danych jest możliwe przeprowadzanie analiz mających na celu znalezienie słabych i mocnych stron systemu PRM oraz wypracowanie koniecznych do wprowadzenia w nim zmian. W miarę doskonalenia systemu, gromadzone dane będą w coraz większym

stopniu odzwierciedlały prawdziwy obraz funkcjonowania PRM, co jest już teraz obserwowane.

### **3) Opóźnienia i błędy w realizacji rozbudowy SWD PRM (str. 12).**

Zarzut nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości. W odniesieniu do powyższego wskazać należy, że podstawa prawna dla wdrożenia SWD PRM, jego utrzymania i rozwoju została ujęta w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw. To samo dotyczy powołania Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (dalej „KCMRM”) w strukturach Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (dalej także „LPR”). W ww. ustawie zabezpieczono środki na to zadanie (reguła wydatkowa opiewa na lata 2018 – 2027) zarówno w zakresie finansowania wydatków inwestycyjnych i bieżących w KCMRM, jak i samego SWD PRM. Dla KCMRM przewidziano środki na ponad 70 etatów oraz fundusze na budowę i wyposażenie nowej siedziby. Nie można więc zgodzić się z tezą, że opóźnienia w realizacji rozwoju SWD PRM wynikały z jakichkolwiek zaniechań po stronie Ministerstwa Zdrowia.

Odnotować też należy, że kierownictwu Lotniczego Pogotowia Ratunkowego był szczegółowo znany plan przejścia i rozwoju SWD PRM do roku 2027 włącznie. Wszelkie opóźnienia w terminowej realizacji zadań, o których mowa w Informacji o wynikach kontroli NIK, wynikały wyłącznie z przyczyn niezależnych od Ministerstwa Zdrowia.

### **4) Rozbudowa i modyfikacja SWD PRM (str. 23-25).**

W dniu 31 grudnia 2019 r. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe podpisało umowę z firmą GABOS Software Sp. z o. o. na rozbudowę, świadczenie usług rekonfiguracyjnych i zapewnienie działania Aplikacji Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (tzw. SWD PRM 2.0), z terminem obowiązywania od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2022 r.

Podpisanie umowy poprzedzone było ogłoszeniem Dialogu Technicznego (dalej „DT”), który odbył się w lipcu 2019 r. Do udziału w DT, mającym na celu doprecyzowanie założeń do SWD PRM 2.0 oraz weryfikację możliwości realizacji wymagań przez potencjalnych wykonawców, zgłosiło się 9 podmiotów. W ramach DT przedstawiono aktualnie funkcjonujący SWD PRM, zaprezentowano założenia do nowych modułów oraz modyfikacji w zakresie już istniejących rozwiązań.

W 2020 r. w ramach prac związanych z obszarem technicznym i technologicznym SWD PRM zrealizowane zostały (część jest jeszcze w trakcie realizacji) m.in. następujące zadania:

- 1) implementacja Infrastruktury Klucza Publicznego (PKI);
- 2) centralna Baza Danych – Oracle DB;
- 3) przejęcie administrowania siecią OST w obrębie sieci LAN w dyspozytorniach medycznych oraz Ośrodka Krajowym;
- 4) zakup Load Balancer'ów i migracja;
- 5) instalacja nowego oprogramowania antywirusowego na wszystkich urządzeniach wykorzystywanych do obsługi SWD PRM;
- 6) uruchomienie modemów LTE w miejscach stacjonowania ZRM;
- 7) implementacja Podsystemu Zintegrowanej Łączności SWD PRM (PZŁ SWD PRM).

W 2020 r. w ramach rozbudowy SWD PRM do wersji 2.0 zaplanowano i zrealizowano budowę następujących nowych Modułów:

- 1) Moduł Koordynator;
- 2) Moduł Planista;
- 3) Moduł NFZ;
- 4) Moduł Apteka;
- 5) Moduł CO LPR;
- 6) Moduł LZRM;
- 7) Moduł Chmura Danych;
- 8) Moduł Analityczno-Raportowy.

Nadmienić należy, że w 2020 r. trwały intensywne testy funkcjonalności przewidzianych w ramach SWD PRM 2.0 na środowisku testowym i szkoleniowym. Po pozytywnej weryfikacji testów została podjęta decyzja określająca terminy szkoleń oraz termin wdrożenia na środowisko produkcyjne nowych modułów.

W 2021 r. zaplanowano rozszerzenie funkcjonalności już istniejących Modułów:

- 1) Modułu Dyspozytora;
- 2) Modułu Mobilny i Stacjonarny ZRM;
- 3) Modułu Analityka;
- 4) Modułu Administratora.

Ponadto, w ramach realizacji umowy z Wykonawcą, przewidziano 18 000 godzin (tzw. RFC) na bieżące modyfikacje SWD PRM.

W przypadku zidentyfikowania możliwości wystąpienia lub przy faktycznym wystąpieniu kolejnych opóźnień, które w ocenie Ministerstwa Zdrowia mogą/będą zagrazać terminowej realizacji rozbudowy SWD PRM, zostaną podjęte środki zaradcze i naprawcze.

#### **5) Ocena ogólna.**

W żaden sposób nie można zgodzić się z tezą zawartą na str. 11 Informacji o wynikach kontroli NIK, że *w trakcie wdrażania nowych funkcjonalności w systemie wystąpiły błędy, które mogły zagrazić życiu i zdrowiu pacjentów*. W przedmiotowym dokumencie brakuje dowodów na poparcie tej tezy. Błędy, które się pojawiały, nie wykluczały możliwości zadysponowania ZRM na miejsce zdarzenia. Dysponenci mieli przygotowane procedury postępowania na wypadek wystąpienia awarii SWD oraz procedury w ramach zastępowalności dyspozytorni na różnych poziomach. Dla przykładu: brak możliwości wprowadzenia wartości przebiegu karetki jest błędem technicznym, który zdarza się we wszystkich młodych systemach będących w fazie rozwoju i w żaden sposób nie zagraża życiu pacjentów. Wskazana nieprawidłowość polegająca na tym, że Specjalistyczny ZRM w składzie niepełnym (najczęściej bez lekarza) był widoczny w SWD jako „niegotowy” i nie był podpowiadany do wystąpienia jako najbliższy, wystąpiła na skutek błędu KCMRM. Natychmiastowa reakcja Ministerstwa Zdrowia pozwoliła na szybkie działania naprawcze. Jednak, nawet w tym przypadku, nie było żadnych sygnałów, jakoby doszło do sytuacji niebezpiecznych dla pacjentów.

#### **6) Opóźnienia i nieprawidłowości w realizacji projektu TOPSOR (str. 12-13).**

Ustawa Prawo zamówień publicznych, uznaje zasadność unieważnienia postępowania w określonych przypadkach. Zamawiający, w trosce o jakość nabywanego systemu Systemu Zarządzającego Trybami Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, zwanego dalej: „TOPSOR” (oprogramowanie, licencje, sprzęt teleinformatyczny, sprzęt medyczny, wsparcie techniczne etc.), zdecydował o skorzystaniu z przysługujących mu uprawnień. Wyniki postępowań toczących się przed Krajową Izbą Odwoławczą, potwierdziły słuszność podjętej decyzji. Procedura postępowania przetargowego była skomplikowana i obciążona wieloma ryzykami. Na wspomnienie zasługuje m.in. fakt, że na wniosek oferentów dwukrotnie dokonano doszczegółowienia Opisu Przedmiotu Zamówienia udostępniając informację o liczbie poszczególnych sprzętów dla każdego z 232 SOR-ów oraz informację o istniejącej na każdym z 232 SOR-ów infrastrukturze, którą będzie można wykorzystać przy montażu systemu. Doszczegółowienia zostały przygotowane na podstawie zebranych

przez LPR danych od każdego ze szpitali. Ponadto Zamawiający udzielił odpowiedzi na około 550 pytań oferentów. Błąd popełniony na etapie przygotowania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego został popełniony, mimo licznych konsultacji oraz dołożenia wszelkich starań w celu jego uniknięcia.

W komisji przetargowej zasiadali zarówno pracownicy LPR, jak i Ministerstwa Zdrowia i Centrum e-Zdrowia. Złożoność projektu, nowatorskiego w skali całego kraju, projektowanego od podstaw dla określonych potrzeb, wpływa na czas oraz sposób realizacji poszczególnych zadań. Wadę zdiagnozowano we właściwym momencie i podjęto stosowne działania naprawcze pozwalające na uniknięcie licznych negatywnych konsekwencji.

W dniu 29 kwietnia 2019 r. do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej wpłynęło odwołanie od jednego z Oferentów w związku z czynnościami Zamawiającego polegającymi (w ocenie odwołującego) na naruszeniu przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych. Zamawiający przygotował odpowiedź na odwołanie, którą to wraz ze strategią dalszego postępowania skonsultował z Ministerstwem Zdrowia. Posiedzenie Krajowej Izby Odwoławczej, na którym miało zostać rozpatrzone odwołanie zaplanowano na dzień 14 maja 2019 r., jednak przed terminem posiedzenia Odwołujący wycofał odwołanie. W dniu 25 lipca 2019 r. do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej wpłynęło odwołanie od jednego z Oferentów w związku z czynnościami Zamawiającego polegającymi (w ocenie odwołującego) na naruszeniu przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych. Przed planowanym terminem posiedzenia Odwołujący wycofał odwołanie.

Warto zauważyć, że ww. wnioski nie są jedynymi, które wpłynęły do Krajowej Izby Odwoławczej i choć zostały odwołane przez powodów w ostatniej chwili, to następowało to już po opracowaniu przez LPR, we współpracy z Ministerstwem Zdrowia oraz Zakładem Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, strategii postępowania, a także po przygotowaniu niezbędnej dokumentacji, w tym konsultacji prawnych i technicznych. Wszystkie wskazane działania wymagały zaangażowania czasu i środków do ich realizacji.

Niezbędnym był również kontakt LPR z przedstawicielem z The ESI Triage Algorithm (siedziba w USA) w celu wyjaśnienia wątpliwości Zamawiającego w odniesieniu do sposobu prowadzenia segregacji medycznej.

Zarówno program pilotażowy TOPSOR, tj. projekt „System informujący o czasie oczekiwania w szpitalnym oddziale ratunkowym” (dalej: „SIOK”), jak i przeprowadzony dialog techniczny, miały na celu doprecyzowanie potrzeb Zamawiającego, opracowanie możliwych oraz niezbędnych do wdrożenia rozwiązań w TOPSOR. Założenia te zostały w pełni spełnione – system TOPSOR zasadniczo różni się od systemu SIOK, który nie uwzględniał m.in. uzyskania licencji na wykorzystanie systemu segregacji medycznej, czy zakupu sprzętu medycznego. Po dokonaniu analizy wyników projektu SIOK (przekazanej przez LPR do Ministerstwa Zdrowia), uwzględnieniu opinii użytkowników, a także specjalistów skupionych m.in. w Zespole kierowanym przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej, wprowadzono liczne modyfikacje systemu TOPSOR oraz uzyskano ich akceptację przez Ministra Zdrowia.

Analiza postępowania przetargowego na zakup i wdrożenie systemu TOPSOR potwierdza, że każdy element procedury był konsultowany zarówno z Ministerstwem Zdrowia, jak i Zakładem Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, co także potwierdza stały nadzór i kontrolę obydwu instytucji podczas realizacji projektu.

Ponadto, w związku z epidemią COVID-19, pojawiły się opóźnienia w montażu sprzętu oraz przeprowadzaniu szkoleń pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych. Placówki medyczne w znaczący sposób ograniczają lub zupełnie znoszą swoją dostępność dla osób z zewnątrz (Beneficjenta i Wykonawcy TOPSOR). Dodatkowe zahamowanie w realizacji projektu stanowią przeprowadzane reorganizacje szpitali w związku ze zmianami ustawowymi, dotyczącymi powstania szpitali dedykowanych udzielaniu świadczeń osobom z potwierdzonym zakażeniem COVID-19.

Mając na względzie przekazywane przez Beneficjenta informacje, Ministerstwo Zdrowia podjęło czynności mające na celu przygotowanie projektu nowelizacji ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym m.in. przesuwał termin wdrożenia systemu TOPSOR oraz segregacji medycznej do 1 lipca 2021 r.

Zgodnie z art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych<sup>2</sup> przesunięto termin na wdrożenie systemu TOPSOR w szpitalnych oddziałach ratunkowych do dnia 1 lipca 2021 r. W związku z powyższym, Ministerstwo Zdrowia, jako Instytucja Pośrednicząca (dalej „IP”), wyraziła zgodę na wydłużenie terminu realizacji projektu nr POIS.09.01.00-00-0368/19 pn. „Tryby

---

<sup>2</sup> Dz. U. poz. 2401.

*Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)” do dnia 30 czerwca 2021 r., biorąc pod uwagę przepisy ww. ustawy oraz przedstawione przez Beneficjenta okoliczności powodujące konieczność wydłużenia terminu realizacji przedmiotowego projektu.*

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia w ramach realizacji projektu TOPSOR, prowadzi wzmożony monitoring projektu polegający na przedstawianiu przez Beneficjenta projektu (Lotnicze Pogotowie Ratunkowe) sprawozdań z postępów rzeczowej realizacji projektu w dwutygodniowych odstępach czasu. Ponadto IP pozostaje w stałym kontakcie z Beneficjentem projektu, czego przykładem jest liczna korespondencja, ustalenia/konsultacje z LPR dotyczące realizacji ww. projektu.

### **7) Brak rzetelnych danych na temat funkcjonowania PRM (str. 22-23).**

Przygotowanie i wdrożenie jednorodnego w skali kraju narzędzia teleinformatycznego jest działaniem umożliwiającym właściwy nadzór Ministra Zdrowia nad systemem PRM. W celu zapewnienia jak najlepszej jakości danych dotyczących funkcjonowania ZRM, w rozporządzeniu w sprawie systemu SWD PRM, określono zadania administratorów dysponenta ZRM oraz administratorów wojewódzkich, którzy odpowiadają za poprawność danych w systemie.

W odniesieniu do czasu dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia wykazanego na podstawie kontroli, wynoszącego 838 godzin, należy podkreślić, iż wprowadzanie danych w systemie SWD PRM nie jest zautomatyzowane i wymaga wykonania czynności przez użytkownika końcowego, tj. kierownika ZRM. Powyższe, w zakresie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, wymaga rejestracji tej czynności przez użytkownika systemu w ZRM. Wskazany czas dojazdu wynika z nierzetelnej ich rejestracji przez użytkowników w ZRM. Jak wskazano powyżej za jakość danych odpowiadają administratorzy na poziomie dysponenta oraz administratorzy wojewódzcy, którzy posiadają w SWD PRM uprawnienia do kontrolowania oraz wyjaśniania błędnych wpisów do systemu, którzy w tym przypadku tego nie wykonali. W celu poprawy kontroli nad jakością danych oraz zapobieganiu podobnym do powyższej sytuacji, przy planowaniu budżetu na 2021 r. zaplanowano zwiększenie środków na wynagrodzenia dla administratorów wojewódzkich. W założeniu pozwoli to na zatrudnienie oraz utrzymanie w urzędach wojewódzkich personelu z odpowiednimi kwalifikacjami do zarządzania systemem z poziomu urzędów wojewódzkich.

Odnosząc się do danych dotyczących pacjentów w SOR/IP informuję, iż jest niecelowym porównywanie liczby osób niebędących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przyjętych w SOR/IP i wykazanych w wojewódzkich planach działania z liczbą osób zakwalifikowanych w tych jednostkach do I i II kategorii, zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Z żadnej regulacji prawnej nie wynika bowiem, że są to tożsame grupy pacjentów. Nie można też zgodzić się z tezą, że Ministerstwo Zdrowia nie podjęło działań mających na celu ujednoczenie sposobu kwalifikowania pacjentów w SOR/IP do poszczególnych grup, w zależności od stopnia ciężkości ich stanu. Temu właśnie ma służyć wprowadzenie systemu zarządzającego Trybami Obsługi Pacjentów SOR (TOP SOR). Jednym z komponentów TOP SOR ma być system segregacji medycznej, który będzie kwalifikował osoby zgłaszające się do SOR oraz przywożone przez Zespoły Ratownictwa Medycznego do jednej z pięciu grup.

**8) Organizacja Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, str. 19 i 37.**

W odniesieniu do zarzutu dotyczącego zapewnienia finansowania LPR w 2019 r. poniżej zgłoszonego zapotrzebowania oraz okoliczności aneksowania i stopniowego podwyższania kwoty dotacji w trakcie roku, należy podkreślić, iż roczna dotacja na rzecz LPR od wielu lat, rok do roku, ulega znacznemu podwyższeniu. Jest to obecnie jednostka relatywnie znacząco dofinansowana w kontekście warunków i poziomu finansowania w ramach systemu PRM. Zauważyć należy również, iż Minister Zdrowia zgłaszał i zasadniczo zawsze zgłasza do ministra właściwego do spraw finansów zapotrzebowanie na dotację dla LPR na poziomie wnioskowanym przez LPR, natomiast jej ostateczna wysokość jest ustalana każdorazowo w ustawie budżetowej, która pozostaje poza sferą decyzyjną Ministra Zdrowia. Ostatecznie Minister Zdrowia, dzięki gospodarnym działaniom, zwiększył budżet LPR do poziomu zbliżonego do wnioskowanego.

W odniesieniu do kwestii liczby baz HEMS i braku symulatora lotów do wykorzystania w celach szkoleniowych (str. 16), zauważyć należy, iż promień 60 km jest promieniem przyjętym przez LPR jako promień podstawowy, natomiast śmigłowce LPR technicznie są przystosowane do działania w promieniu 130 km, co skutkuje niemal 100% pokryciem zasięgu w skali kraju. Możliwości wykorzystania znacznego zasięgu śmigłowców EC-135 mają szczególnie istotne znaczenie w trakcie dysponowania do zdarzeń masowych śmigłowców z kilku różnych baz HEMS. Teza o „niewystarczającej liczbie baz” jest zatem nieuzasadniona. Natomiast, nie można wykluczyć, iż LPR pozyska w przyszłości kolejne śmigłowce i poszerzy obecną flotę, co będzie podstawą



do rozważenia budowy kolejnych baz HEMS. Obecnie wszystkie śmigłowce są użytkowane i wykorzystywane w ramach działalności LPR, wbrew niezgodnemu z prawdą stwierdzeniu zawartemu na str. 41 Informacji NIK.

Nie jest również prawdą, iż LPR bezskutecznie wnioskowało do Ministerstwa Zdrowia o pozyskanie symulatora lotów. Obecnie projekt ten został zgłoszony do wsparcia w ramach środków unijnych.

Ponadto uprzejmie informuję, że od początku realizacji bieżącej perspektywy finansowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 są podejmowane niezbędne działania w celu modernizacji infrastruktury LPR. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe otrzymało dofinansowanie na realizację 3 projektów:

- 1) Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – etap 1;
- 2) Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) – etap 2;
- 3) Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – etap 3.

Należy wyjaśnić, że łączny koszt wszystkich ww. inwestycji dotyczących wsparcia baz LPR wynosi ponad 83 mln zł, w tym kwota wkładu UE – ponad 30 mln zł. Ukończenie ostatniego etapu planowane jest na koniec 2022 r.

### **9) Plany działania systemu PRM (str. 28-30).**

Odnosząc się do terminowości przekazania do akceptacji Ministra Zdrowia planów działania systemu PRM, które miały obowiązywać od 1 kwietnia 2019 r. należy zauważyć, iż zgodnie z art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PRM<sup>3</sup>, czas, w jakim plan podlega opiniowaniu przez jednostki samorządu terytorialnego, został określony na 14 dni. Zatem opublikowanie rozporządzenia w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu PRM w dniu 16 listopada 2018 r. nie powinno wydłużać procesu przekazania planu do akceptacji Ministra Zdrowia, jak wskazano w przypadku wyszczególnionych w Informacji NIK województw.

### **10) Brak w systemie PRM lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej (str. 8, 9, 15-16, 26-27).**

W odniesieniu do wskazanych na str. 8, 9, 15 i 26 przedmiotowej Informacji o wynikach kontroli, braków lekarzy medycyny ratunkowej w systemie PRM, co – w ocenie NIK – zagraża funkcjonowaniu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz sformułowanego

<sup>3</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 882, z późn. zm.

w wystąpieniu pokontrolnym wniosku pokontrolnego (przytoczonego na str. 49 ww. Informacji NIK) dotyczącego podjęcia przez Ministra Zdrowia skutecznych działań w celu zapewnienia wystarczającej dla sprawnego funkcjonowania systemu PRM liczby lekarzy ze specjalnością z medycyny ratunkowej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Należy stwierdzić, że Minister Zdrowia podjął działania dające możliwość przystępowania lekarzy do specjalizacji z medycyny ratunkowej poprzez przyznawanie większej liczby rezydentur, określenie medycyny ratunkowej jako specjalizacji priorytetowej, co jest związane z przyznaniem na wynagrodzenia rezydentów wyższych środków finansowych niż w dziedzinach niepriorytetowych, a także umożliwił lekarzom sześciu innych specjalizacji I i II stopnia lub posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, ortopedii i traumatologii lub pediatrii oraz lekarzom, którzy zrealizowali i zaliczyli moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii – uzyskanie w krótkim trzyletnim trybie specjalizacji z medycyny ratunkowej.

Zgodnie z art. 3 pkt 3 ustawy o PRM, lekarzem systemu jest nie tylko lekarz medycyny ratunkowej, ale także lekarze innych specjalności oraz lekarze specjalizujący się w różnych dziedzinach medycyny. W celu zapewnienia wystarczającej liczby lekarzy systemu, mocą ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>4</sup>, zmieniono przepisy dotyczące lekarza systemu. Przedmiotowa nowelizacja zmieniła art. 3 pkt 3 ustawy o PRM. W myśl ww. przepisu od dnia 15 marca 2019 r. lekarzem systemu może być:

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

---

<sup>4</sup> Dz. U. z 399, z późn. zm.

Tym samym definicja lekarza systemu została rozszerzona o lekarzy, o których mowa w lit. c, zaś dotychczasowi lekarze posiadający specjalizację lub kontynuujący szkolenie specjalizacyjne po drugim roku odbywania specjalizacji w dziedzinie określonej w art. 57 ust. 1 pkt 1, stali się lekarzami systemu bezterminowo (dotychczas do 31 grudnia 2020 r.). Tym sposobem liczba specjalności kwalifikujących danego lekarza do grona lekarzy systemu wzrosła z 9 do 35. Wprowadzenie przedmiotowej zmiany miało za zadanie zwiększyć możliwości dysponentów w zakresie zatrudniania lekarzy systemu zarówno w zespołach ratownictwa medycznego, jak i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, co powinno przełożyć się na zatrzymanie spadku liczby specjalistycznych zespołów oraz zwiększenie możliwości dyrektorów szpitali w zakresie zapewnienia obsady lekarskiej oddziałów ratunkowych.

Dodatkowo należy zauważyć, że przeprowadzona ustawą z dnia 16 lipca 2020 r. w sprawie nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw<sup>5</sup>, nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także bieżące nowelizacje tej ustawy dostosowujące przepisy do bieżących potrzeb związanych z likwidacją skutków epidemii COVID-19, uelastyczyły proces szkolenia specjalizacyjnego, zapewniając jednocześnie jego ciągłość w warunkach epidemicznych. Celem ww. nowelizacji była również zamiana dotychczasowego wojewódzkiego postępowania kwalifikacyjnego na centralny nabór wniosków na wolne miejsca specjalizacyjne z możliwością wskazania 15 wariantów wyboru specjalizacji, województwa, trybu i jednostki szkolącej na terenie całym kraju, a nie jak dotychczas przeprowadzania go w obrębie województwa. Z uwagi na konieczność przygotowania i wdrożenia nowej platformy systemu informatycznego do przeprowadzania elektronicznego centralnego naboru na specjalizacje, ustawa przewiduje, że przepisy w tym zakresie wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. Ogólnopolski nabór umożliwi lepsze wykorzystanie miejsc specjalizacyjnych na terenie całego kraju, w tym z medycyny ratunkowej.

Według Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów (stan na dzień 7 stycznia 2021 r.) liczba lekarzy medycyny ratunkowej wykonujących zawód wynosi 1 101, jednakże trzeba podkreślić, że ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym w art. 3 pkt 3, oprócz lekarzy medycyny ratunkowej na równych z nimi prawach, jako lekarzy systemu, ustanawia również lekarzy posiadających specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, chorób

---

<sup>5</sup> Dz. U. poz. 1291, z późn. zm.

wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii oraz pediatrii, których zgodnie z ww. rejestrem łącznie wykonujących zawód jest 74 972. Nie należy również zapominać o możliwości pracy w systemie PRM innych lekarzy, tj. lekarzy po drugim roku specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii oraz neurologii, czy lekarzy, którzy w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończyli moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuują to szkolenie. Wydaje się, iż powyższe stanowi wystarczające zaplecze kadrowe dla pozyskania lekarzy do systemu PRM.

Niemniej jednak corocznie szkolenie z medycyny ratunkowej kończą kolejni lekarze. Obecnie szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie odbywa 423 lekarzy.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyraźnie wykluczyła od 8 sierpnia 2020 r. możliwość odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach wolontariatu oraz przewiduje przejęcie przez budżet państwa finansowania rezydentur i odbywania w ramach tego trybu dyżurów medycznych oraz możliwość skorzystania przez lekarzy z tzw. bonu patriotycznego stanowiącego dodatkowe dofinansowanie do wynagrodzenia.

Ponadto podkreślenia wymaga wzrost nakładów na finansowanie świadczeń udzielanych w jednostkach systemu. W 2020 r., dzięki staraniom Ministerstwa Zdrowia, wzrost finansowania ZRM wyniósł ponad 240 mln zł, co stanowi około 12% w relacji rok do roku. Pozwoliło to kierownikom podmiotów leczniczych na zaspokojenie w większym stopniu oczekiwań płacowych personelu medycznego, w tym również lekarzy.

Niezależnie od powyższego, należy zauważyć, że Minister Zdrowia nie ma jednakże wpływu na treść umowy zawieranej z lekarzem systemu, w tym na ostateczną wysokość wynagrodzenia, która z pewnością stanowi zachętę do podjęcia pracy w systemie PRM.

**11) Przewlekłość postępowań kontrolnych zleczanych przez Ministra Zdrowia, str. 8, str. 13 i str. 27.**

Uprzejmie informuję, iż podtrzymuję stanowisko, że nie doszło do dopuszczenia do przewlekłości postępowań kontrolnych zleczanych wojewodom i krajowemu konsultantowi w dziedzinie medycyny ratunkowej.

W przypadkach, o których mowa w Informacji o wynikach kontroli nie można się bowiem doszukać opieszałości, niesprawności czy też nieskuteczności działania Ministerstwa Zdrowia. Nie było możliwości załatwienia spraw w terminie krótszym, nie miało również

miejsca nieuzasadnione przedłużanie postępowania przez Ministerstwo Zdrowia. Podkreślić należy, iż czynnikiem kluczowym, istotnie wpływającym na opisane w dokumencie NIK sytuacje przekazywania kolejnych upoważnień do przeprowadzenia kontroli było długotrwałe zwolnienie lekarskie konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Był to więc czynnik zewnętrzny i całkowicie niezależny od działań podejmowanych w Ministerstwie Zdrowia. Należy mieć także na względzie fakt, że kontrole zlecane są realizowane przez osoby spoza Ministerstwa Zdrowia, a zatem czynności kontrolne, które mają być przez nie wykonane mogą kolidować z ich podstawowymi obowiązkami, wynikającymi z zatrudnienia w innych podmiotach. Niemniej jednak zasadnym jest również podkreślenie, że pracownicy Ministerstwa Zdrowia na bieżąco monitorowali stan realizacji kontroli zleconych i pozostawali w kontakcie z podmiotami, którym zostało powierzone przeprowadzenie poszczególnych badań kontrolnych.

Mając na uwadze wspomniane powyżej okoliczności i uwarunkowania, koniecznym jest wskazanie, że Minister Zdrowia podjął w ostatnim czasie szereg działań, których celem jest sfinalizowanie kontroli zleconych Konsultantowi Krajowemu albo przez niego nadzorowanych.

W nawiązaniu do monitu wystosowanego do Konsultanta Krajowego, w dniu 27 listopada 2020 r. ww. Konsultant Krajowy zwrócił się z prośbą o wystawienie nowych upoważnień do przeprowadzenia kontroli z terminem od dnia 1 do dnia 31 grudnia 2020 r. w następujących jednostkach:

- 1) Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Nowym Targu;
- 2) Nowym Szpitalu NZOZ „Nowy Szpital sp. z o.o.” z siedzibą w Świeciu.

Ponadto uprzejmie wskazuję, że projekt wystąpienia pokontrolnego z kontroli w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” w Warszawie został przekazany do jednostki kontrolowanej. Po upływie okresu na wniesienie zastrzeżeń do ww. projektu wystąpienia pokontrolnego, zostanie sporządzone wystąpienie pokontrolne, które następnie zostanie przesłane do jednostki kontrolowanej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż zostały uzgodnione i zaakceptowane przez Konsultanta Krajowego projekty wystąpień pokontrolnych dotyczących nadzorowanych przez niego kontroli przeprowadzonych w:

- 1) Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie;
- 2) Szpitalu Specjalistycznym w Pile im. Stanisława Staszica;

- 3) Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej imienia doktora Kazimierza Hołogi w Nowym Tomysłu;
- 4) Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Szamotułach;
- 5) Szpitalu Powiatowym im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z o.o.

Projekty wystąpień pokontrolnych, po podpisaniu przez kontrolujących Ministra Zdrowia, zostaną przekazane do ww. jednostek kontrolowanych.

Dodatkowo, w odniesieniu do kontroli przeprowadzonych przez Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie medycyny ratunkowej, uprzejmie informuję, iż zostały zakończone czynności pokontrolne w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej, Regionalnym Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Lubinie oraz w Zespole Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu – wystąpienia pokontrolne zostały przekazane do jednostek kontrolowanych.

## **12) Podsumowanie.**

Wbrew tezom zawartym w przedłożonej Informacji o wynikach kontroli NIK, nadzór Ministra Zdrowia nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne jest realizowany w sposób prawidłowy. Wprowadzenie SWD PRM znacznie podniosło jakość udzielanych świadczeń, poprzez umożliwienie ciągłego monitorowania aktywności ZRM i ich poczynąń, a tym samym jakość sprawowanego nadzoru. Dane gromadzone w tym systemie, jak i dane pochodzące z wojewódzkich planów działania systemu oraz pozyskiwane z Narodowego Funduszu Zdrowia, pozwalają na ocenę funkcjonowania poszczególnych jednostek systemu pod kątem liczby obsługiwanych pacjentów, rodzaju ich dolegliwości i czynności wykonanych przez personel. Są to główne parametry, które wykorzystuje się do oceny pracy jednostek systemu oraz do ustalenia ewentualnych potrzeb co do utworzenia nowych.

Niestety, należy stwierdzić, iż przedłożona Informacja NIK jest krzywdząco jednostronnie krytyczna wobec działań Ministra Zdrowia w ramach nadzoru nad systemem PRM, podczas gdy istotne zasługi w sferze rozwoju systemu zostały jedynie w Informacji wzmiankowane, jak chociażby proces wymiany ambulansów (str. 16) czy wysoko ocenione kompetencje LPR z zakresu działalności podstawowej (str. 9).

**Z wyrazami szacunku**  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Waldemar Kraska

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

## 6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
MARIAN BANAŚ

LWA. 430.005.2020

Warszawa, 07 lutego 2021 r.

**Opinia Prezesa Najwyższej Izby Kontroli  
do stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie Informacji o wynikach kontroli  
„Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego”**

Najwyższa Izba Kontroli docenia działania Ministra Zdrowia, dotyczące reorganizacji systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), jak również zwiększania nakładów na jego funkcjonowanie. Jednak wyniki kontroli, przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia oraz w pięciu województwach w jednostkach systemu PRM (szpitale, dysponenci zespołów ratownictwa medycznego) i w urzędach wojewódzkich wykazały, że podjęte działania były niewystarczające dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania tego systemu.

Przedstawione w stanowisku Ministra Zdrowia wyjaśnienia, dotyczące przyczyn wskazanych w Informacji nieprawidłowości, były zgłaszane przez Ministra i wnikliwie analizowane na poszczególnych etapach postępowania kontrolnego, w tym również na etapie sporządzania wystąpienia pokontrolnego, do treści którego zastrzeżenia Ministra rozpatrzyło Kolegium Najwyższej Izby Kontroli, oddalając je w całości.

O słuszności zaprezentowanej w Informacji oceny funkcjonowania systemu PRM w kontrolowanym okresie, jak również sformułowanych wniosków pokontrolnych, świadczy fakt, iż Minister (o czym informuje w stanowisku), już po kontroli podjął działania mające na celu poprawę sprawności funkcjonowania tego systemu, dotyczące: naboru na specjalizację z medycyny ratunkowej, nadzoru nad poprawnością danych w Systemie Wspomagania Dowodzenia PRM oraz nad realizacją systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, a także zwiększenia nakładów na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego.

Wyrażam przekonanie, że powyższe działania Ministra Zdrowia, jak również działania powołanego w 2019 r. Pełnomocnika Rządu do spraw ratownictwa medycznego, o jakie wnioskowała w Informacji Najwyższa Izba Kontroli, przyczynią się do radykalnej poprawy funkcjonowania systemu PRM, co nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji zagrożeń, jakie niesie obecna epidemia COVID-19 oraz inne potencjalne zachorowania o skali ogólnopolskiej.

PREZES  
Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś