



Problemy z niedoborem kadr i obciążeniem SOR

System ratownictwa medycznego

ANDRZEJ SKWIRA, PIOTR WOŁOWIEC

W tym roku mija 25 lat od uchwalenia ustawy tworzącej w Polsce Państwowe Ratownictwo Medyczne – pierwszy kompleksowy system doraźnej pomocy medycznej¹. Zbiegło się to w czasie z publikacją wyników kontroli NIK dotyczącej jego funkcjonowania². Badanie Izby dotyczyło lat 2023–2025, a przeprowadzono je w: Ministerstwie Zdrowia, pięciu urzędach wojewódzkich, Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, 10 placówkach prowadzących szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) oraz u pięciu dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Autorzy wykorzystali ustalenia Izby do szerszego spojrzenia na system i weryfikacji wybranych założeń jego funkcjonowania.

Główne założenia systemu

Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym³ stanowi, że system został utworzony „w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”⁴. Tak sprecyzowany cel określa specyfikę ratownictwa medycznego, gdyż świadczenia zdrowotne poszkodowanym są udzielane najczęściej w miejscu zdarzenia, poza siedzibą podmiotu leczniczego. Zadanie

systemu PRM polega więc na jak najszybszym dotarciu na miejsce zdarzenia, zapewnieniu pomocy potrzebującym, ustabilizowaniu ich parametrów życiowych, a w przypadkach tego wymagających – przetransportowaniu do podmiotu leczniczego zapewniającego dalsze leczenie. Za tak postawionym celem stoją główne założenia systemu PRM:

- maksymalne skrócenie czasu od wystąpienia stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego do wdrożenia leczenia;

¹ Dalej: PRM.

² Artykuł opracowano na podstawie Informacji o wynikach kontroli NIK: System ratownictwa medycznego, nr ewid. 02/2025/P/25/042/KZD, <<https://bip.nik.gov.pl/kontrola/P/25/042/>>, (dostęp: 21.7.2026).

³ Dz.U. z 2026 r. poz. 141, dalej: ustawa PRM.

⁴ Ustawa definiuje stan nagłego zagrożenia zdrowotnego jako „stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia” (art. 3 pkt 8 ustawy o PRM).

- zapewnienie na miejscu zdarzenia wykwalifikowanego personelu medycznego, niezbędnej aparatury medycznej i specjalistycznego środka transportu – ambulansu;
- rozpoczęcie leczenia i stabilizacji funkcji życiowych na miejscu zdarzenia i zapewnienie ich kontynuacji⁵.

Plany utworzenia zintegrowanego systemu zapewniającego takie warunki pojawiły się w latach 90. ubiegłego wieku. Ich konkretyzacją był program „Zintegrowane ratownictwo medyczne” zaplanowany na lata 1999–2003. Jego głównym celem było przygotowanie infrastruktury dla ratownictwa medycznego oraz personelu medycznego legitymującego się wymaganymi kwalifikacjami. Potrzebne było również wypracowanie procedur funkcjonowania ratownictwa medycznego jako systemu. Program podzielono na sześć pakietów zadaniowych, z których do najważniejszych należało: utworzenie centrów powiadamiania ratunkowego, szpitalnych oddziałów ratunkowych⁶ oraz miejsc stacjonowania ambulansów⁷. Dalsze prace doprowadziły do uchwalenia ustawy z 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁸.

O fundamentalnej zmianie w podejściu do doraźnej pomocy medycznej miało stanowić umocowanie organów administracji rządowej do planowania i organizacji

struktur PRM. W uzasadnieniu do rządowego projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym projektodawca podniósł, że działania podmiotów zaangażowanych w pomoc doraźną nie były wcześniej zharmonizowane i nie gwarantowały kompleksowej oraz adekwatnej pomocy medycznej⁹. Zgodnie z ówczesnie obowiązującym art. 28 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁰, świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia udzielało pogotowie ratunkowe. W wielu miejscowościach prowadziło więc ono własne ambulatoria, służące pacjentom w stanach zagrożenia zdrowia niewymagających hospitalizacji. W pozostałych przypadkach pacjent trafiał zwykle do najbliższego szpitala, który jednak wcale nie musiał być szpitalem najlepiej przygotowanym do dalszej diagnostyki i leczenia danego pacjenta.

System PRM miał zapewnić, że pacjent uzyska pomoc doraźną już w miejscu zdarzenia, której udzieli wykwalifikowany zespół ratownictwa medycznego (ZRM), dysponujący wyspecjalizowanym środkiem transportu (ambulansem spełniającym określone wymogi w zakresie wyposażenia). W wypadku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie

⁵ M. Paszkowska: *Polski system ochrony zdrowia*, Warszawa 2020, s. 149-150.

⁶ Dalej również: SOR.

⁷ K. Jarosławska-Kolman, D. Ślęzak, P. Żuratyński, K. Krzyżanowski, A. Kalis: *System Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGSP” nr 4/2016.

⁸ Dz.U. nr 113, poz. 1207, dalej: ustawa PRM z 2001 r.

⁹ Uzasadnienie do projektu ustawy PRM z 2001 r., druk sejmowy 2806, <[https://orka.sejm.gov.pl/Rejestrdsn/f/wgdruk/2806/\\$file/2806.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/Rejestrdsn/f/wgdruk/2806/$file/2806.pdf)>, s. 35.

¹⁰ Dz.U. z 2007 r. nr 14 poz. 89, ze zm. Utraciła moc 1.7.2011.



przewieziony do szpitala, w którym będzie działał szpitalny oddział ratunkowy, udzielający świadczeń osobom znajdującym się w takim stanie.

W dalszej części artykułu autorzy skupili się na czterech zagadnieniach mających istotny wpływ na efektywność systemu PRM: czasie dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia, potrzebach zdrowotnych zaspokajanych przez PRM, zasobach rzeczowych i zasobach kadrowych systemu.

Czas dotarcia na miejsce zdarzenia

Najważniejszym czynnikiem mającym wpływ na skuteczność pomocy medycznej udzielanej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest czas od wystąpienia zdarzenia do rozpoczęcia udzielania pomocy – to tzw. czas reakcji. W wypadku zdarzenia poza miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych obejmuje on okres od uzyskania informacji o zdarzeniu a chwilą dotarcia na miejsce zespołu ratownictwa medycznego.

Wymagania stawiane przed systemem ratownictwa pod względem oczekiwanego czasu reakcji zaczęto formułować od 1979 r., a przyjęta początkowo wartość tego parametru była określana na 8 minut. Wkrótce metodykę badań, na których oparto tę wartość, poddano krytyce, wskazując, że standardy prowadzenia

resuscytacji krążeniowo-oddechowej były odmienne w czasie, kiedy prowadzono badania oraz że w prekursorskim badaniu rozpatrywano wyłącznie przypadki zatrzymania krążenia w mechanizmie nieurazowym, co stanowiło jedynie 1-2% interwencji¹¹.

Już na początku tworzenia systemu PRM określono parametry dla czasu reakcji (nazwanego w ustawie czasem dotarcia), liczonego jako przedział pomiędzy przyjęciem zgłoszenia przez dyspozytora medycznego a dotarciem ZRM na miejsce zdarzenia¹². Zgodnie z przepisami wojewodowie byli zobowiązani do podejmowania działań organizacyjnych zmierzających do uzyskania ustawowych parametrów czasu dotarcia. W ustawie o PRM z 2001 r. określono je następująco:

- mediana czasu dojazdu – w skali każdego miesiąca – nie większa niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza nią;
- trzeci kwartył czasu dojazdu – w skali każdego miesiąca – nie większy niż 12 minut w aglomeracji miejskiej i 20 minut poza aglomeracją;
- maksymalny czas dojazdu nie dłuższy niż 20 minut w aglomeracji miejskiej i 30 minut poza nią.

Od 2006 r., w związku z wejściem w życie obowiązującej ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie

¹¹ A. Trzos, K. Długosz: *Wpływ wybranych elementów czasu reakcji systemu ratownictwa medycznego na efektywność udzielania pomocy ofierze wypadku komunikacyjnego*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” nr 3/2015, s. 173-183.

¹² Odrębnie ustawa definiuje także dwa inne parametry, które zawierają się w czasie dotarcia: czas zadysponowania (liczony od przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przekazania zlecenia ZRM – przy czym przez przyjęcie zgłoszenia należy rozumieć potwierdzenie przez dysponenta, że spełnia ono wymagania dla udzielenia pomocy); czas wyjazdu ZRM (liczony od otrzymania zlecenia do wyjazdu na miejsce zdarzenia). Szerzej: Informacja o wynikach kontroli P/25/042, s. 44-45 oraz 89-91.

Medycznym, parametry te zostały zmienione i wynoszą:

- mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- trzeci kwartył¹³ czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców¹⁴;
- maksymalny czas dotarcia nie dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców¹⁵.

Nieprecyzyjny termin „aglomeracja” został zastąpiony kryterium wyróżnienia opartym na konkretnej liczbie mieszkańców. Uzasadnienie ustawy nie zawierało jednak szczegółowych zasad zdefiniowania samych parametrów.

Podjęcie skutecznych działań, jak to określił ustawodawca, zmierzających do zapewnienia powyższych parametrów, wymagało dysponowania danymi pozwalającymi na ocenę stanu wyjściowego oraz efektów wprowadzanych zmian. Tymczasem nie istniały one jako uporządkowany zbiór, który można było poddać analizie. Dokumentacja medyczna w postaci kart medycznych czynności ratunkowych była

prowadzona w formie papierowej, wypełniana odręcznie i przechowywana przez każdego z dysponentów ZRM samodzielnie. Z czasem poszczególni wojewodowie zaczęli gromadzić od dysponentów dane o działalności ich ZRM. Zebrane w ten sposób informacje umożliwiły przeprowadzenie pierwszych analiz. Z kolei dysponenti ZRM wprowadzali własne systemy informatyczne wspomagające zarządzanie ZRM, umożliwiające rejestrację podstawowych czasów obsługi zgłoszenia, jak czas: wyjazdu, dotarcia na miejsce zdarzenia, zakończenia obsługi, powrót na miejsce stacjonowania.

Istotna zmiana zaczęła następować na przełomie lat 2016/2017 wraz z rozpoczęciem wdrażania Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM¹⁶. SWD PRM zbierał w jednym miejscu informacje o działalności ZRM, co stworzyło warunki do prowadzenia bardziej rozbudowanych i głębszych analiz, opartych na wiarygodnych i usystematyzowanych danych. Choć statusy ZRM¹⁷ nadal są wprowadzane „ręcznie” – przez zaznaczenie właściwej opcji w aplikacji – co niesie ryzyko ich nieprecyzyjnego odnotowania. Prowadzenie przez członków ZRM akcji ratunkowej ma bowiem pierwszeństwo przed uzupełnianiem przez nich danych w SWD PRM.

¹³ Wartość statystyczna, która dzieli uporządkowany zbiór danych na dwie części w taki sposób, że 75% obserwacji znajduje się poniżej tej wartości, a 25% powyżej.

¹⁴ Parametr uchylony na podstawie ustawy z 24.4.2025 o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 637).

¹⁵ Obliczając te parametry należało pominąć 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dojazdu w skali każdego miesiąca, bez ich kumulowania.

¹⁶ Dalej: SWD PRM.

¹⁷ Kody oznaczające rodzaj czynności realizowanych przez ZRM w danym momencie, np. „Wyjazd do zdarzenia”, „Awaria”, „Mycie”, „Na miejscu zdarzenia”.



Ustalenia kontroli NIK wykazały, że nadal daleko było do osiągnięcia oczekiwanych wartości parametrów. Dane za 2024 r., zawarte w wojewódzkich planach działania systemu dla regionów objętych kontrolą¹⁸, świadczą, że mniej niż połowa ZRM była w stanie osiągnąć oczekiwaną wartość mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia¹⁹. Dla miejsc zdarzenia w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców najwyższą wartość uzyskano w województwie lubelskim, gdzie 22% ZRM (24 na 109) osiągnęło oczekiwaną wartość. W wypadku miejsc zdarzenia poza takim miastem najwyższą wartość uzyskano w województwie kujawsko-pomorskim – 33% ZRM (31 na 95)²⁰.

Analizując wyjazdy ZRM ustalono, że udział tych, dla których został przekroczony oczekiwany maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia wynosił w województwie: kujawsko-pomorskim 22%, lubelskim 29%, lubuskim 26%, mazowieckim 38%, zachodniopomorskim 28%²¹. Jednak w każdym województwie istniały obszary, dla których ponad połowa wyjazdów ZRM nie mieściła się w parametrze maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. W niektórych wypadkach nawet w ponad czterech na pięć wyjazdów ZRM²².

Zdaniem NIK taka sytuacja stoi w sprzeczności z konstytucyjną zasadą

równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, zawartą w art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej²³. Osoby zamieszkujące obszary odległe od miejsc stacjonowania ZRM miały mniejszą szansę uzyskania skutecznej pomocy medycznej. W takiej sytuacji oczywiste byłoby takie rozmieszczenie miejsc stacjonowania ZRM, aby umożliwić im dotarcie w zakładanym czasie do najodleglejszych lokalizacji na ich obszarze zabezpieczenia. Tymczasem w wielu miejscach ZRM stacjonowały przy szpitalach, w ramach których funkcjonowały jeszcze przed utworzeniem PRM. Przyczyny tego należy upatrywać w dużym stopniu w oddziedziczonym przez system PRM usytuowaniu miejsc stacjonowania ZRM, które tylko w ograniczonym zakresie było modyfikowane w kolejnych latach.

W okresie objętym badaniem, spośród pięciu skontrolowanych wojewodów, najwięcej aktywnych działań zmierzających do osiągnięcia zakładanych czasów dotarcia stwierdzono w województwach mazowieckim i lubelskim. W pierwszym z nich utworzono 18 nowych ZRM (wzrost o 8,7%), a w drugim 9 (wzrost o 9,7%). W województwie kujawsko-pomorskim powstało pięć nowych ZRM (wzrost o 6,1%), a w lubuskim i zachodniopomorskim po jednym. Jednak nie zawsze oznaczało

¹⁸ Kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, mazowieckie, zachodniopomorskie.

¹⁹ Por. Informacja o wynikach kontroli NIK: *System ratownictwa medycznego...*, op.cit., s. 28.

²⁰ Należy wspomnieć również o przeprowadzonej w 2024 r. przez Delegaturę NIK w Rzeszowie kontroli *Funkcjonowanie Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w Przemyślu*, nr ewid. S/24/001, w wyniku której ustalono, że zrealizowała ona 24,1% wyjazdów w 2022 r. i 20,2% wyjazdów w 2023 r. z przekroczeniem maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia; wystąpienie pokontrolne, s. 13, <<https://bip.nik.gov.pl/kontrola/S/24/001/LRZ/>>, (dostęp: 25.6.2026).

²¹ Za okres od 1.1.2023 do 31.3.2025.

²² Informacja o wynikach kontroli NIK: *System ratownictwa medycznego...*, op.cit., s. 29-30.

²³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.4.1997, (Dz.U. nr 78 poz. 483, ze zm.).

to zwiększenie liczby miejsc stacjonowania ZRM, przybliżających je do obszarów o gorszej dostępności. Ze wspomnianych 18 nowych ZRM w województwie mazowieckim tylko dwa były związane z utworzeniem nowych miejsc stacjonowania²⁴, podczas gdy w lubelskim powstało dzie więć takich miejsc.

W opinii autorów określenie w ustawie parametrów czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia było dobrym kierunkiem. Jednakże opisane szerzej w Informacji o wynikach kontroli nierównomierne rozmieszczenie ZRM skutkujące dużymi różnicami czasu ich dotarcia na miejsce zdarzenia, czyli faktycznej dostępności świadczeń ratownictwa medycznego, wskazuje na zasadność dokonania przeglądu parametru maksymalnego czasu dotarcia. Nawet osiąganie przez ZRM oczekiwanej wartości mediany czasu dotarcia nie zapewni osiągnięcia spodziewanej wartości maksymalnego czasu dotarcia. Zagwarantowanie, że każdy wyjazd zmieści się w przedziale należy uznać za bardzo trudne do osiągnięcia. Zasoby systemu zawsze będą w jakiejś sytuacji ograniczone, np. w wypadku zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych. Wspominany wyżej przegląd powinien więc dotyczyć zasadności

określenia różnych wartości maksymalnego czasu dotarcia dla zgłoszeń w zależności od nadanego kodu pilności²⁵. Drugim elementem mogłoby być określenie progów tolerancji dla wyjazdów niemieszczących się w oczekiwanym parametrze, których przekroczenie obligowałoby wojewodów do podejmowania działań zaradczych. Przykładem takich rozwiązań mogą być parametry przyjęte w angielskim systemie ochrony zdrowia. Oprócz oczekiwanej średniej wartości czasu reakcji przyjęto tam parametry, w których w zależności od kodu pilności powinno zmieścić się 90% wezwań²⁶.

PRM a potrzeby zdrowotne

Dane statystyczne opublikowane przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego²⁷ wskazują istotną zmianę w obszarze potrzeb zdrowotnych zaspokajanych przez PRM²⁸. W zamyśle projektodawcy ustawy o PRM z 2001 r. system miał przede wszystkim służyć ofiarom wypadków drogowych – ich wysoka śmiertelność przedszpitalna była jednym z wiodących argumentów za jego utworzeniem. Przywołane dane KCMRM wskazują jednak, że w 2025 r. zdarzenia w ruchu uliczno-drogowym

²⁴ Wystąpiły również inne zmiany miejsc stacjonowania ZRM, ale było to związane z przeniesieniem ich z innych lokalizacji, które zlikwidowano.

²⁵ Kod pilności nadaje dyspozytor medyczny. Kod określa sposób reakcji na zgłoszenie w zależności od stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. W systemie PRM funkcjonują dwa kody: „1” oznaczający niezbędny natychmiastowy wyjazd ZRM oraz „2” oznaczający niezbędny wyjazd ZRM.

²⁶ *Handbook to the NHS Constitution for England*; wersja z 24.1.2025; <<https://www.gov.uk/government/publications/supplements-to-the-nhs-constitution-for-england/the-handbook-to-the-nhs-constitution-for-england#overview>>, (dostęp: 19.7.2026).

²⁷ Dalej: KCMRM.

²⁸ <<https://www.kcmrm.pl/2026/01/08/podsumowanie-roku-2025-w-panstwowym-ratownictwie-medycznym/>>; (dostęp: 25.5.2026).



stanowiły jedynie 3,4% wezwań²⁹. Należy mieć na uwadze znaczący spadek liczby wypadków drogowych, jaki nastąpił w ostatnim ćwierćwieczu – 53 799 w 2001 r.³⁰ do 21 519 w 2024 r.³¹. Udało się również osiągnąć spadek liczby ofiar śmiertelnych na 100 wypadków drogowych (z 12,5 wg uzasadnienia ustawy o PRM z 2001 r. do 8,8 wg raportu Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego³²). Tymczasem dane przedstawione przez KCMRM o działalności PRM w 2025 r. wskazują, że aż 77% wezwań dotyczyło zdarzeń „w domu”³³.

Kontrola wykazała, że PRM zaspokaja również inne potrzeby zdrowotne. Ustalenie stanu faktycznego w tym zakresie NIK oparła na danych z systemu TOPSOR³⁴. Umożliwia on ustalenie liczby osób, którym przypisano jedną z pięciu kategorii pilności w obsłudze pacjentów na SOR³⁵, przy czym kategoria zostaje nadana osobom, które zostały poddane ocenie stanu

zdrowia w ramach triage³⁶. Chorzy, którym zostały przydzielone dwie najniższe kategorie pilności (zielony lub niebieski), mogą być kierowani z SOR do podstawowej opieki zdrowotnej, w tym nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Badanie wykazało, że spośród 316 901 zarejestrowanych w TOPSOR przypadków, dla których przypisano kategorię pilności, 49,2% stanowili pacjenci z kategorią „żółty”³⁷. Co istotne, tylko 6,2% przypadków dotyczyło pacjentów z dwiema najpilniejszymi kategoriami (pomarańczowy i czerwony). Wspomniana wyżej kategoria pacjentów, którzy mogli zostać skierowani do podstawowej opieki zdrowotnej stanowiła więc aż 44,2%. Wśród tych rekordów, dla których w TOPSOR zarejestrowano zarówno kategorię pilności, jak i czas wezwania do lekarza stanowili oni 45,3%, a więc ich udział był podobny. Można stwierdzić, że szansa uzyskania pomocy

²⁹ KCMRM podaje również liczbę 120 150 wezwań do wypadków komunikacyjnych.

³⁰ Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz działania realizowane w tym zakresie w 2001 r., s. 8; <<https://www.krbrd.gov.pl/baza-wiedzy/raporty-o-stanie-brd/>>, (dostęp: 8.4.2026).

³¹ Stan bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz działania realizowane w tym zakresie w 2024 r., s. 148; <<https://www.krbrd.gov.pl/baza-wiedzy/raporty-o-stanie-brd/>>, (dostęp: 8.4.2026).

³² 1896 ofiar śmiertelnych, przy 24 872 ofiarach rannych, w tym 7796 ciężko; *ibid.*, s. 148.

³³ <<https://www.kcmrm.pl/2026/01/08/podsumowanie-roku-2025-w-panstwowym-ratownictwie-medycznym/>>, (dostęp: 7.4.2026).

³⁴ System zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym. Umożliwia rejestrację kolejnych etapów obsługi oraz przypisaną pacjentowi kategorię pilności.

³⁵ Niebieski (oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut), zielony (oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut), żółty (oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut), pomarańczowy (oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut) i czerwony (oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem).

³⁶ Segregacja medyczna – proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w zespołach ratownictwa medycznego, realizowanych wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający ich stan zdrowia (art. 3 pkt 14b ustawy PRM).

³⁷ Dane obejmowały okres od 1.1.2023 do 19.6.2025 wg czasu pobrania biletu. Jeżeli dalsze etapy obsługi nastąpiły po tej dacie, dane obejmują tylko te etapy, które zostały zarejestrowane do końca 19.6.2025. W analizie pominięto rekordy, dla których został zarejestrowany parametr „usunięcie”. Por. Informacja o wynikach kontroli NIK: *System ratownictwa medycznego...*, op.cit., s. 78-80.

Rysunek 1. Pacjenci SOR według przypisanej kategorii pilności (w %)



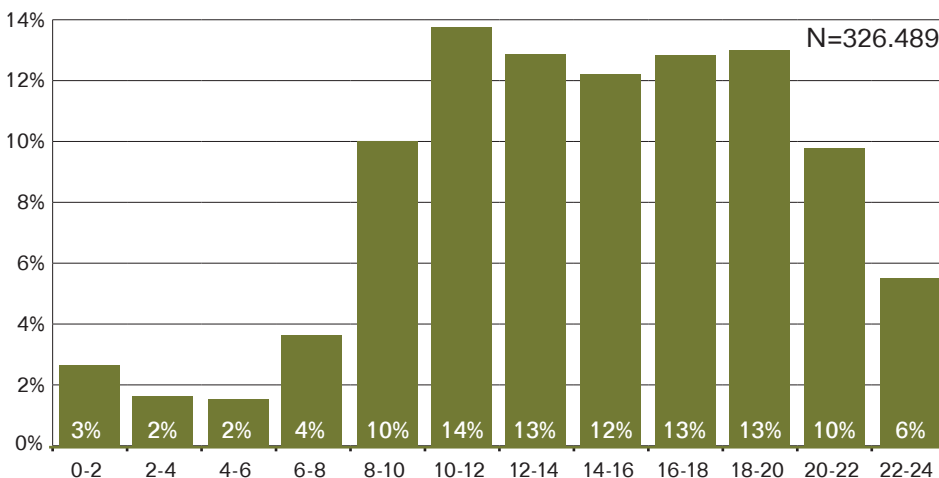
Źródło: Opracowano na podstawie danych z systemu TOPSOR sprawozdanych przez 10 szpitali objętych kontrolą P/25/042.

lekarskiej w SOR dla tych pacjentów była taka sama, jak w wypadku tych, których stan w trakcie triage został oceniony jako poważniejszy.

O tym, że SOR w razie trudności lub braku innych możliwości służy uzyskaniu pomocy nie tylko w stanach nagłych,

świadczy również rozkład liczby pacjentów w ciągu dnia oraz w tygodniu. Liczba pobieranych biletów w godzinach od 9.00 do 21.00, a więc w porze funkcjonowania większości poradni ambulatoryjnych (w tym podstawowej opieki zdrowotnej od 8.00 do 18.00), była najwyższa

Rysunek 2. Rozkład częstości względnej pacjentów SOR w przedziałach godzinowych



Źródło: Opracowano na podstawie danych z systemu TOPSOR sprawozdanych przez 10 szpitali objętych kontrolą P/25/042.



i podlegała tylko niewielkim zmianom. Najmniej biletów pobierano przy tym w soboty³⁸.

Te dane, uwzględniając nawet typowe błędy i pomyłki, niezbicie świadczą o tym, że szpitalne oddziały ratunkowe stały się miejscem, w którym pacjenci poszukiwali pomocy medycznej nie tylko w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Sama dostępność kontaktu z lekarzem w SOR jest przez nich oceniana lepiej niż w wypadku opieki ambulatoryjnej. Możliwość przeprowadzenia *ad hoc* badania diagnostycznego wzmacnia zaś motywację do korzystania z SOR kosztem tańszej dla systemu ochrony zdrowia opieki ambulatoryjnej. Potwierdzają to również inne ustalenia kontroli – mniej niż 1/3 pacjentów szpitalnych oddziałów ratunkowych zostało tam przewiezionych przez ZRM. A nawet z tej grupy mniej niż 2/5 było następnie hospitalizowanych.

Zasoby rzeczowe

Podstawą do zaplanowania zasobów był wspomniany program „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”, którego tezy zostały powtórzone w uzasadnieniu do ustawy PRM z 2001 r. Założono utworzenie w pierwszej kolejności 700 ZRM, 250 SOR oraz 15 baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego³⁹.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, na koniec 2025 r. w systemie funkcjonowało 1699 ZRM, 251 SOR i 22 bazy LPR (w tym jedna sezonowa)⁴⁰. O skali rozbudowy systemu świadczy porównanie z 2015 r., kiedy funkcjonowało 1486 ZRM, 219 SOR i 17 baz LPR⁴¹. Kontrola NIK wykazała jednak, że nawet ponad dwukrotne zwiększenie liczby ZRM – w stosunku do zaplanowanych do utworzenia w pierwszym etapie powstawania systemu – nie pozwoliło osiągnąć oczekiwanych wartości czasu dotarcia na miejsce zdarzenia.

Kontrola potwierdziła zaś dobre przygotowanie zasobów rzeczowych systemu przez dysponentów ZRM oraz szpitale. W tym zakresie ustalenia okazały się zbieżne z wcześniejszą kontrolą NIK: „Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego”⁴². Stwierdzone w 2025 r. braki w wyposażeniu ambulansów były nieliczne i łatwe do uzupełnienia⁴³. Wyjątkiem były ambulanse Samodzielnej Publicznej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wielkopolskim, które nie zostały wyposażone w obowiązkowe drukarki do obsługi SWD PRM.

NIK zwróciła za to uwagę na kwestię wyposażenia ZRM w leki. Badaniem objęto przygotowanie podstawowych ZRM, tzn. takich, w których nie ma lekarzy. Zestaw produktów leczniczych na wyposażeniu

³⁸ Szerzej: Informacja o wynikach kontroli P/25/042, op.cit., s. 79-81.

³⁹ Dalej: LPR.

⁴⁰ <<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne/-w-2025-r-,14,10.html>>, (dostęp: 2.6.2026).

⁴¹ <<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne/-w-2016-r-,14,1.html>>, (dostęp: 2.6.2026).

⁴² Informacja o wynikach kontroli NIK: *Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego*, nr ewid.176/2020/P/19/105/LWA.

⁴³ Szerzej: Informacja o wynikach kontroli NIK: *System ratownictwa medycznego...*, op.cit., s. 48-51.

takiego zespołu determinuje wykaz produktów leczniczych, które ratownik medyczny lub pielęgniarz systemu mogą podawać samodzielnie⁴⁴. U dwóch z pięciu objętych kontrolą dysponentów stwierdzono, że członkowie takich ZRM dysponowali produktami spoza tej listy, a u jednego z nich potwierdzono nawet ich podawanie. Badanie wykazało również, że w systemie prawa brakuje normy określającej minimalne wyposażenie ambulansów w produkty lecznicze. Zarządzenie nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 12 listopada 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne odsyła w tym zakresie do „przepisów prawa obowiązującego”. Kwerenda przepisów nie wykazała jednak takiej normy, co w trakcie kontroli potwierdził Narodowy Fundusz Zdrowia⁴⁵.

Również w wypadku szpitalnych oddziałów ratunkowych (kontrolą objęto 10 szpitali) stwierdzone nieprawidłowości dotyczące ich wyposażenia, nie miały one jednak istotnego wpływu na funkcjonowanie placówek. Podobnie jak w kontroli „Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego” (P/19/105) nieprawidłowości były nieliczne lub dotyczyły dyslokacji wyrobów medycznych do innych komórek organizacyjnych szpitali. Pozytywnie wypadła również ocena zapewnienia pacjentom

dostępności diagnostyki. Wszystkie skontrolowane szpitale dysponowały diagnostyką obrazową oraz zapewniały badania laboratoryjne. NIK przyjrzała się również dostępności gastrokopii i bronchoskopii. Stwierdzono, że mimo obowiązku ich zapewnienia badania te były stosunkowo rzadko wykonywane w ramach obsługi pacjentów w SOR.

Szpital prowadzący SOR powinien dysponować lądowiskiem dla śmigłowców. Wymóg ten, wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁴⁶, miał być spełniony przez szpitale do 1 stycznia 2022 r. Jednak problemy z jego realizacją spowodowały prolongatę terminu, który po kilku zmianach został przesunięty aż na 31 grudnia 2026 r. W tym wypadku nie udało się utworzyć oczekiwanych zasobów.

Zasoby kadrowe

Ze znacznymi wyzwaniem Państwowe Ratownictwo Medyczne mierzyło się za to w odniesieniu do zasobów kadrowych. Problemem była niewystarczająca liczba lekarzy zainteresowanych pracą w ZRM (wyjątkiem były lotnicze ZRM), jak również niewielki w istocie udział lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej w ogólnej liczbie lekarzy pracujących w systemie pomocy doraźnej.

⁴⁴ Zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22.6.2023 w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. z 2025 r. poz. 576) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28.2.2017 w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. poz. 497, ze zm.).

⁴⁵ Dalej: NFZ.

⁴⁶ Dz.U. z 2025 r. poz. 1646.



Dobrze obrazują to zmiany, jakie zachodziły w regulacjach. Ustawa o PRM z 2001 r. oraz obowiązująca ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁴⁷ w swym pierwotnym brzmieniu zakładały, że docelowo w systemie będą udzielać świadczeń przede wszystkim lekarze specjaliści medycyny ratunkowej. Choć termin osiągnięcia takiego stanu był odległy – do 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu mógł być ten posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii. Już w 2010 r. kategorię rozszerzono na lekarzy, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w tych dziedzinach. W 2012 r. dodano do nich lekarzy, którzy legitymowali się doświadczeniem w wymiarze 3000 godzin w wykonywaniu swojego zawodu w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala, ale pod warunkiem rozpoczęcia do 1 stycznia 2015 r. szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Dwa lata później ten ostatni termin został zmieniony na 1 stycznia 2018 r. Przesuwanie kryzysu w czasie nie przyniosło efektu.

W 2019 r. doprecyzowano przepisy wskazując, że w wypadku lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach,

w których kształcenie podzielone jest na moduły podstawowy i specjalistyczny, powinni oni mieć ukończony moduł podstawowy. Ostatnia zmiana, z 2025 r., zaliczyła do grona lekarzy systemu nawet tych, którzy ukończyli szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i uzyskały potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo decyzję o uznaniu dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem w części lub w całości szczegółowego programu modułu specjalistycznego albo modułu jednolitego, jednak nie dłużej niż przez 5 lat od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od dnia uzyskania wspomnianej decyzji. Ponadto powinni oni ukończyć kurs w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Wprowadzanie takich zmian stanowiących odejście od pierwotnego celu nie dziwi, skoro z ustaleń kontroli wynika, że lekarze specjaliści medycyny ratunkowej stanowili 3,4% lekarzy zgłoszonych do umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne – zakres „Świadczenia w SOR” oraz 24% lekarzy zgłoszonych do umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne⁴⁸.

Mimo opisanych zmian nie udało się zaspokoić potrzeb kadrowych specjalistycznych ZRM⁴⁹. Tak jak w kontroli „Funkcjonowanie systemu ratownictwa

⁴⁷ Dz.U. z 2026 r. poz. 141.

⁴⁸ Szerzej: Informacja o wynikach kontroli NIK: System ratownictwa medycznego..., op.cit., s. 53-55, 64-65.

⁴⁹ 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.

medycznego”⁵⁰, również w 2025 r. u wszystkich objętych badaniem dysponentów ZRM stwierdzono wyjazdy specjalistycznych ZRM bez lekarza. O skali problemu świadczą dane przedstawione przez NIK. Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Lublinie nie było w stanie zapewnić lekarzy w specjalistycznych ZRM w aż 39,1% przewidzianego czasu ich dyżurów (41 tys. godz. do planowanych 105 tys. godz.). W Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie wskaźnik ten wyniósł 29,1%. Z kolei w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy, w jednym z ZRM w aż 92,8% dni okresu objętego kontrolą wystąpił co najmniej jeden dwugodzinny brak lekarza w obsadzie ZRM⁵¹.

Jakkolwiek taki stan jest niezgodny z zawieranymi przez dysponentów umowami z NFZ, to w okresach zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w skład zespołu specjalistycznego mogły wchodzić trzy osoby posiadające kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu⁵². Stan zagrożenia epidemicznego został odwołany 1 lipca 2023 r., ale nie oznaczało to powrotu do „normalności”. Minister Zdrowia wprowadził bowiem przepisy wyłączające możliwość nałożenia przez NFZ

kar umownych w sytuacji niespełniania przez dysponentów wymagań zapewnienia lekarza systemu w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego, pod warunkiem zagwarantowania określonej obsady ratowników medycznych i pielęgniarek systemu⁵³. Pierwotnie przepis miał obowiązywać do końca 2023 r. Tymczasem kolejna zmiana prolongowała ten termin aż do końca 2026 r.⁵⁴

Konsekwencją braku odpowiednich zasobów kadrowych lekarzy było również długotrwałe świadczenie przez nich pracy bez przerwy lub w wymiarze przekraczającym normy czasu pracy wynikające z przepisów o działalności leczniczej⁵⁵. W skrajnych przypadkach oznaczało to ciągłą pracę przez 144 godziny (taką sytuację stwierdzono w jednym ze szpitali oraz u jednego z dysponentów ZRM). W innej jednostce wszyscy lekarze (pięciu) udzielający świadczeń w SOR pracowali nieprzerwanie ponad 24 godziny, od jednego do czterech razy, przy czym najdłuższy czas wyniósł 72 godz. Wykonywanie pracy bez przerw przez 24 godziny lub dłużej stwierdzono u wszystkich dysponentów ZRM. Jest to możliwe, gdyż przepisy określające normy czasu pracy pracowników medycznych nadal są stosowane wyłącznie wobec osób, które zawarły umowę o pracę.

⁵⁰ Informacja o wynikach kontroli NIK: *Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego*, nr ewid. 176/2020/P/19/105/LWA, s. 41.

⁵¹ Również we wspomnianej wcześniej kontroli P/19/105 stwierdzono brak lekarzy w obsadzie specjalistycznych ZRM. Wystąpienie pokontrolne, s. 12, <<https://bip.nik.gov.pl/kontrole/S/24/001/LRZ/>>.

⁵² Stanowił o tym art. 36a ust. 1 ustawy PRM.

⁵³ Paragraf 3c rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8.9.2015 w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, (Dz.U. z 2026 r. poz. 712), dodany 12.10.2023.

⁵⁴ Paragraf 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1775).

⁵⁵ Ustawa z 15.4.2011 o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156).



Tymczasem trzech z pięciu skontrolowanych dysponentów zawierało z lekarzami wyłącznie umowy cywilne w modelu B2B (z ang. *business to business*, zawierane między przedsiębiorstwami).

Pozwalało to na omijanie norm dopuszczalnego wymiaru czasu pracy, mimo że niezależnie od umowy lekarze w ZRM czy SOR świadczą w istocie pracę tego samego rodzaju⁵⁶.

W takiej sytuacji nie dziwi wynik badania przeprowadzonego w 2016 r., które wykazało, że specyfika pracy w systemie PRM niesie wysokie ryzyko wypalenia zawodowego, zwłaszcza u lekarzy, porównywalne z tym, który odczuwają pielęgniarki z oddziałów intensywnej terapii⁵⁷.

Skutkiem braków kadrowych był spadek liczby specjalistycznych ZRM w województwach lubelskim, mazowieckim i lubuskim. W lubelskim ubył ich aż 14 i na koniec lipca 2025 r. funkcjonowało 14 na 102 ZRM ogółem (14%). W województwie lubuskim było o trzy specjalistyczne ZRM mniej i na koniec kontroli ich liczba wyniosła 8 na 55 ZRM (14%). Z kolei w województwie mazowieckim liczba zespołów zmniejszyła się o dwa i pozostawało ich 35 na 221 (16%).

Braki kadrowe były również odczuwalne w dyspozytorniach medycznych. We wszystkich stwierdzono niepełną wymaganą obsadę dyżurów. Kierownicy

dyspozytorni medycznych za przyczynę takiego stanu wskazali brak kandydatów do pracy⁵⁸. NIK nie stwierdziła za to istotnych problemów dotyczących kadry pielęgniarskiej i ratowników medycznych, poza przypadkami świadczenia pracy na podstawie umów cywilnych w wymiarze niedopuszczalnym na podstawie prawa pracy⁵⁹.

Podsumowanie

Kontrola NIK P/25/042 nie obejmowała wszystkich aspektów funkcjonowania systemu PRM. Niemniej pozwoliła, wraz z ustaleniami wcześniejszych kontroli, dokonać oceny wielu jego założeń. Podstawowym stwierdzeniem powinno zatem być: system PRM działa. Dyspozytorzy odbierają wezwania, dysponują ZRM, które docierają do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, udzielają im pomocy i przewożą do szpitali, które zapewniają dalszą opiekę. Inny obraz można jednak uzyskać przyglądając się jego poszczególnym elementom.

Należy pozytywnie ocenić rozbudowę zasobów rzeczowych systemu. Wykorzystywane przez dysponentów pojazdy i statki powietrzne są dobrze wyposażone, choć zwraca uwagę brak receptariusza w zakresie minimalnego wyposażenia w leki. Również szpitalne oddziały ratunkowe spełniają stawiane im wymagania, a diagnostyka obrazowa stała się

⁵⁶ W kontroli S/24/001 najdłuższy ustalony okres ciągłego świadczenia pracy przez lekarza wyniósł 71 godz. i 35 minut, ale stwierdzono także 19 przypadków ciągłego świadczenia pracy trwających co najmniej 48 godzin. Wystąpienie pokontrolne, s. 8, <<https://bip.nik.gov.pl/kontrole/S/24/001/LRZ/>>.

⁵⁷ P. Leszczyński, M. Panczyk, M. Podgórski, K. Owczarek, R. Gałązkowski, M. Mikos, A. Charuta, T. Zacharuk, J.; *Determinants of occupational burnout among employees of the Emergency Medical Services in Poland*; „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” nr 1/2019, s. 114-119.

⁵⁸ Informacja o wynikach kontroli NIK: System ratownictwa medycznego..., op.cit., s. 42-44.

⁵⁹ Tamże, s. 72-74, 86-89.

powszechnie dostępna. Jednak zakładana przed powstaniem PRM liczba SOR została osiągnięta dopiero w 2025 r. Za to liczba ZRM jest już ponad dwukrotnie wyższa niż planowana do utworzenia w pierwszej kolejności. Mimo to nadal daleko do osiągnięcia oczekiwanych wartości parametrów czasu dotarcia. Szansa na uzyskanie pomocy we właściwym czasie jest istotnie uzależniona od miejsca zamieszkania. Niepokoiki także przesuwanie wejścia w życie obowiązku dysponowania przez szpitale prowadzące SOR lądowiskiem dla śmigłowców.

Najpoważniejszym problemem, którego nie udało się rozwiązać pozostaje niewystarczająca liczba lekarzy zainteresowanych pracą w PRM, a szczególnie w ZRM. Udział specjalistów medycyny ratunkowej wśród zgłoszonych do umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obrazuje istotną rozbieżność między oczekiwaniami projektodawców i rzeczywistością. Zmiany prawne rozszerzające definicję lekarza systemu na kolejne specjalizacje, a nawet lekarzy w trakcie specjalizacji, zdają się pozwalać na zabezpieczenie potrzeb w obszarze SOR. Choć nie zawsze, o czym świadczy historia poszukiwania lekarza przez SPZOZ w Bielsku-Białej⁶⁰. Natomiast w żaden sposób nie poprawiły sytuacji w ZRM. Biorąc pod uwagę spadek liczby specjalistycznych ZRM oraz stwierdzone w kontroli braki lekarzy w funkcjonujących ZRM, zagrożony wydaje się ustawowy warunek, aby na 10 podstawowych

zespołów ratownictwa medycznego przypadła nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego⁶¹.

Wyłączenie możliwości nakładania kar umownych za niepełną obsadę karetki należy w tej sytuacji uznać za faktyczne maskowanie problemu. Podobnie można ocenić tolerowanie świadczenia pracy przez lekarzy w wymiarach niedopuszczalnych w prawie pracy czy długotrwale bez odpoczynku. Wskazuje to, że sytuacja jest poważna, ale brakuje pomysłów na jej naprawę.

Jednocześnie dostępność świadczeń i kontaktu z lekarzem zdaje się być paradoksalnie największym problemem dla systemu PRM. Zdecydowana większość pacjentów SOR dociera tam bez korzystania z pomocy przedszpitalnej. Blisko połowa z nich, według oceny samego personelu, mogłaby zostać zaopatrzona w podstawowej opiece zdrowotnej. Ponadto nawet z tych przewiezionych przez ZRM mniej niż połowa została poddana hospitalizacji. Wskazuje to, że system ratownictwa medycznego jest postrzegany jako alternatywa dla długiego oczekiwania na świadczenie w trybie ambulatoryjnym. Faktyczne przywrócenie przez NFZ limitów świadczeń dla diagnostyki obrazowej, realizowanej w trybie ambulatoryjnym, z pewnością nie poprawi sytuacji. Z drugiej strony, w wypadku stanu nagłego, niewymagającego hospitalizacji, w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych uzyskanie pomocy w opiece ambulatoryjnej jest trudne. Liczba poradni

⁶⁰ <<https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2025-09-29/szukaja-lekarza-oferuja-ponad-100-tys-zlotych-chetnych-brak/>>, (dostęp: 9.6.2026).

⁶¹ Art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. a) ustawy PRM.



działających w takich porach jest ograniczona, a wtedy SOR staje się już nie wyborem, a koniecznością.

W opinii autorów istotna poprawa dostępności świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, powinna być pierwszym krokiem do przywrócenia pierwotnej funkcji ratownictwa medycznego, czyli zapewnienia pilnej pomocy

medycznej osobom, które najbardziej jej w danym chwili potrzebują.

ANDRZEJ SKWIRA

doradca prawny,

PIOTR WOŁOWIEC

specjalista kontroli państwowej,

Departament Spraw Społecznych NIK

Słowa kluczowe: Państwowe Ratownictwo Medyczne, system ratownictwa medycznego, zespół ratownictwa medycznego, szpitalne oddziały ratunkowe, ochrona zdrowia

Bibliografia:

1. *Handbook to the NHS Constitution for England*, Department of Health & Social Care.
2. Jarosławska-Kolman K., Ślęzak D., Żuratyński P., Krzyżanowski K., Kalis A.: *System Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGSP” nr 4/2016.
3. Leszczyński P., Panczyk M., Podgórski M., Owczarek K., Gałązkowski R., Mikos M., Charuta A., Zacharuk T.: *Determinants of occupational burnout among employees of the Emergency Medical Services in Poland*, “Annals of Agricultural and Environmental Medicine” nr 1/2019.
4. Paszkowska M.: *Polski system ochrony zdrowia*, Warszawa 2020.
5. Trzos A., Długosz K.: *Wpływ wybranych elementów czasu reakcji systemu ratownictwa medycznego na efektywność udzielania pomocy ofierze wypadku komunikacyjnego*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” nr 3/2015.

ABSTRACT

Emergency Medical Services System – Staff Shortages and Burden on Emergency Departments

The idea to establish an integrated emergency medical services system emerged in the 1990s. It was envisaged in the “Integrated Emergency Medical Services” programme planned for the years 1999–2003. Its main objective was to develop the infrastructure required for emergency medical services and to provide personnel with the required qualifications. It was also necessary to develop procedures governing the operation of emergency medical services as a system. The programme was divided into six task packages, the most important of which included: establishing emergency notification centres, emergency departments at hospitals and ambulance stations. Later, the Act of 25 July 2001 on State Emergency Medical Services was adopted. The State

Emergency Medical Services system was intended to ensure that a patient received emergency care already at the place where the incident happened, provided by a qualified emergency medical team, equipped with specialised means of transportation (an ambulance meeting specified equipment requirements). In the event of a sudden health emergency, the patient would be transported to a hospital operating an emergency department (Polish: *szpitalny oddział ratunkowy* – SOR), which would provide services to persons in such a condition. Twenty five years after the Act was adopted, the Supreme Audit Office published the results of an audit of the operation of the State Emergency Medical Services system. The audit covered the years 2023–2025 and was carried out at the Ministry of Health, five regional authorities offices, the Polish Medical Air Rescue service, ten facilities operating emergency departments, and five entities managing emergency medical teams. In their article, the authors use the findings of the audit to present a broader look at the system and to verify selected assumptions concerning its operation.

Andrzej Skwira, legal adviser, **Piotr Wołowiec**, public audit expert, Department of Social Affairs of NIK

Key words: State Emergency Medical Services, emergency medical services system, emergency medical team, emergency departments (SOR), healthcare