

Systemowe problemy systemu ratownictwa medycznego

17.7.2026 - | Najwyższa Izba Kontroli

Brak lekarzy chętnych do pracy w ratownictwie medycznym to wciąż największy problem tego systemu, co wykazała najnowsza kontrola przeprowadzona przez NIK. I choć w ośmiu na dziesięć objętych badaniem szpitali Izba nie stwierdziła nieprawidłowości w obsadzie dyżurów na szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR), to już w zespołach ratownictwa medycznego (ZRM) braki były zauważalne. A to właśnie niedobory kadrowe są jedną z głównych przyczyn niechlubnych rekordów dotyczących czasu pracy, jakie padają na oddziałach czy w zespołach ratownictwa medycznego. W okresie objętym kontrolą (1 stycznia 2023 r.-1 września 2025 r.) w dziewięciu szpitalach niektórzy lekarze pracowali nieprzerwanie na SOR-ach przez ponad 24 godziny, a w skrajnym przypadku - w szpitalu powiatowym w Sulęcinie - przez 144 godziny, podobnie jak lekarz pogotowia ratunkowego w Radomiu. Długotrwałe świadczenie pracy dotyczyło także ratowników medycznych. W wojewódzkiej stacji pogotowia w Szczecinie jeden z nich przepracował w miesiącu 456 godzin, co oznacza średnio ponad 15 godzin każdego dnia.

Przedłużanie dyżurów było możliwe dzięki zatrudnianiu pracowników medycznych na podstawie umów cywilnoprawnych, w przypadku których, w przeciwieństwie do umów o pracę, nie stosuje się limitów czasu pracy. To rozróżnienie funkcjonuje, **mimo że fizyczne i intelektualne możliwości świadczenia pracy nie są zależne od rodzaju podpisanej umowy.**

Ale brak lekarzy to tylko jedna strona medalu, druga to przeciążenie SOR-ów. Jak pokazała kontrola przeprowadzona przez NIK, niemal połowa pacjentów, którzy tam trafiali, nie potrzebowała pomocy doraźnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Spośród osób przewiezionych przez zespoły ratownictwa medycznego ponad sześć na dziesięć nie wymagało dalszej hospitalizacji, a tylko 6,2% pacjentów znajdowało się grupie najwyższego zagrożenia zdrowotnego. Kontrolerzy Izby ustalili, że najwięcej chorych przypadało na dni robocze w porze dziennej, co oznacza, że SOR-y były traktowane jako alternatywa dla kolejek w przychodniach.

NIK skontrolowała również dyspozytornie medyczne i zespoły ratownictwa medycznego (ZRM). Według danych Głównego Urzędu Statystycznego pod koniec 2024 r. w Polsce funkcjonowały 1664 ZRM. Wyniki kontroli pokazują jednak znaczące dysproporcje w faktycznym dostępie do świadczeń ratownictwa medycznego. Po blisko 25 latach funkcjonowania systemu **w każdym z województw objętych badaniem były obszary, na terenie których w ponad połowie wyjazdów zespoły ratownictwa medycznego przekraczały maksymalny oczekiwany czas dotarcia do pacjenta, a w niektórych przypadkach było to nawet dziewięć na dziesięć wyjazdów. Mieszkańcy tych terenów mieli więc istotnie mniejszą szansę na uzyskanie skutecznej pomocy medycznej w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego. Przekraczane były również oczekiwane parametry czasu zadysponowania ZRM i czasy ich wyjazdu.**

Pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, NIK ocenia wyposażenie ambulansów, śmigłowców oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny. SOR-y zapewniały pacjentom dostęp do diagnostyki obrazowej (USG, RTG, tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny) oraz badań laboratoryjnych. Wymaganiom odpowiadała także lokalizacja oddziałów ratunkowych, ale w trzech szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dotyczące wymagań stawianych niektórym pomieszczeniom. Najwięcej takich nieprawidłowości kontrolerzy Izby stwierdzili w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu, z czego najpoważniejsza dotyczyła

niezapewnienia prawidłowo funkcjonującej wentylacji w sali operacyjnej oraz w izolatce SOR-u.

Z kolei dwóch z pięciu skontrolowanych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego wyposażyło podstawowe ZRM w leki, do których samodzielnego podawania nie byli uprawnieni ani ratownicy medyczni, ani pielęgniarki tego systemu. Ponadto w jednym z ambulansów znajdowała się butla z tlenem medycznym z przekroczoną datą ważności o 162 dni. W tym kontekście **NIK zwraca uwagę na to, że nie ma normy dotyczącej minimalnego wyposażenie ambulansów w leki, a o tym, co się w nich znajdzie, decydują poszczególni dysponenti ZRM. Stąd jeden z wniosków pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli skierowany do Ministra Zdrowia dotyczy właśnie określenia takiej normy.**

NIK skontrolowała system Państwowego Ratownictwa Medycznego nie po raz pierwszy. Izba pokazała całą listę jego problemów już w latach 2019-2020 - **brak lekarzy medycyny ratunkowej, zbyt długi czas oczekiwania na przyjazd zespołu ratownictwa medycznego oraz nadmierne obciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych. Według najnowszych ustaleń, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 1 września 2025 r. niewiele się zmieniło.** I to mimo że ustawa z 2007 r. określająca zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu ratownictwa medycznego była wielokrotnie zmieniana - 45 razy do końca października 2025 r., a czterokrotnie w okresie objętym kontrolą. **Niektóre zmiany nie miały na celu ulepszenia systemu, a jedynie doraźne dostosowanie prawa do pojawiających się problemów.** Świadczą o tym choćby nowelizacje przepisów w związku z brakami kadrowymi rozszerzające pojęcie lekarza systemu na kolejne specjalności, a nawet na lekarzy dopiero odbywających szkolenie specjalizacyjne. Podobnie w przypadku odsuwania terminu wejścia w życie obowiązku dysponowania przez szpitalny oddział ratunkowy lądowiskiem dla śmigłowców. Nadal nie miały go dwa skontrolowane szpitale. Wyłączono również możliwość nakładania przez NFZ kar umownych za brak lekarza w składzie specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego. **Żadna z tych zmian nie rozwiązywała istniejących problemów.**

NIK skontrolowała:

Ministerstwo Zdrowia, pięć urzędów wojewódzkich, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, 10 szpitali prowadzących SOR-y, pięciu dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.

Województwa objęte kontrolą: lubuskie, lubelskie, zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie i mazowieckie. Okres objęty kontrolą: 1 stycznia 2023 r.-1 września 2025 r.

Przybywa podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, ubywa specjalistycznych

NIK zbadała po jednej dyspozytorni medycznej w każdym z pięciu objętych kontrolą województw i nie ma zastrzeżeń do ich organizacji, kwalifikacji personelu oraz wyposażenia stanowisk dyspozytorskich. **W każdej z nich kontrolerzy stwierdzili jednak niepełną obsadę stanowisk dyspozytorów medycznych, przy czym w niektórych każdego dnia objętego badaniem. Na poszczególnych dyżurach brakowało od jednej do czterech osób, co tłumaczono głównie niedoborami chętnych do pracy.**

- **Dyspozytornia medyczna** - odbiera wezwania pomocy i wysyła (dysponuje) zespoły ratownictwa medycznego (ZRM). Czynności te wykonują dyspozytorzy medyczni. Dyspozytornie funkcjonują w strukturze urzędów wojewódzkich.
- **Dysponent ZRM** - utrzymuje zespoły ratownictwa medycznego, w skład których wchodzi

lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki i kierowcy (specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego) lub ratownicy medyczni, pielęgniarki i kierowcy (podstawowe zespoły ratownictwa medycznego).

- **Szpitalny oddział ratunkowy (SOR)** – udziela świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Personel medyczny SOR składa się z lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek.
- **Lotnicze Pogotowie Ratunkowe** – utrzymuje lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

Szczególnie odczuwalny problem kadrowy dotyczył lekarzy w składach zespołów ratownictwa medycznego. Dwóch z pięciu dysponentów ZRM nie zapewniło ich przez 25% zaplanowanych dyżurów specjalistycznych zespołów, które w przeciwieństwie do podstawowych ZRM muszą mieć w składzie lekarza. W Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie, w latach 2023-2025 (do 31 marca) liczba godzin świadczeń udzielanych przez ZRM „S” w niepełnym składzie (bez lekarza systemu) łącznie wyniosła ponad 86 tys. godzin (tj. 29,1% przy liczbie godzin w okresie objętym badaniem 295,5 tys.). Temu zjawisku nie zapobiegło nawet znaczące poszerzenie katalogu lekarzy, którzy są uznawani za tzw. lekarzy systemu. Specjaliści medycyny ratunkowej wśród lekarzy w ZRM stanowili zaledwie 24%.

Kontrolerzy Izby badali także czas pracy niektórych lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. **U wszystkich skontrolowanych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego wielokrotnie świadczyli oni pracę w sposób nieprzerwany powyżej 24 godzin. Skrajny przypadek to lekarz, który w Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego pracował przez 144 godziny, co odpowiada sześciu dobom.** W Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie pięciu lekarzy w 74 przypadkach pracowało przez ponad 48 godzin, a w skrajnym przypadku przez 120 godzin, czyli nieprzerwanie przez 5 dni. Ratownik medyczny w czerwcu 2024 r. pracował tam w sumie przez 456 godzin, to tak jakby pracował przez całą dobę przez 19 dni.

W Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy rekordzista wśród lekarzy pracował przez 72 godziny, w 35 przypadkach ratownicy medyczni przez 48 godzin. W Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Lublinie wśród 15 osób objętych badaniem (lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek/pielęgniarzy) 12 osób w 92 przypadkach pracowało od ponad 24 do nawet 70 godzin.

W wojewódzkich stacjach pogotowia ratunkowego w Bydgoszczy i w Lublinie grafiki pracy dla członków zespołów ratownictwa medycznego ustalano w taki sposób, że **ta sama osoba, w tym samym dniu i o tej samej godzinie kończyła pracę w jednym ZRM i rozpoczynała w innym, w zupełnie innym miejscu.** W Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego trzech lekarzy po zakończeniu świadczenia pracy w jednym ZRM, po upływie od 15 minut do siedmiu godzin, rozpoczynali pracę w innym zespole ratownictwa medycznego.

A to wszystko zgodnie z prawem. Kierownictwo kontrolowanych stacji pogotowia tłumaczyło, że umowy cywilnoprawne zawarte z tymi pracownikami w żaden sposób nie limitują czasu ich pracy i że członkowie ZRM w trakcie pełnienia dyżurów nie udzielają świadczeń w sposób ciągły, a więc mają czas na wypoczynek i regenerację pomiędzy wyjazdami.

Przypadki ciągłej pracy przez ponad dobę wynikały również z braku lekarzy przy jednoczesnych wymaganiach, by zachowana była ciągła gotowość do wyjazdu specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. **Wskazywano również na to, że niektóre osoby pracowały nieprzerwanie przez ponad 24 godziny całkowicie świadomie i dobrowolnie, niejednokrotnie**

na własną prośbę. Jak tłumaczyły, duża odległość pomiędzy miejscem zamieszkania a miejscem stacjonowania ZRM powodowała, że krótsze świadczenie pracy było dla nich nieopłacalne.

W okresie zagrożenia epidemicznego zespoły ratownictwa medycznego mogły funkcjonować w mniejszej obsadzie. Po zniesieniu tego stanu Minister Zdrowia wyłączył możliwość naliczania kar umownych przez NFZ w przypadku braku lekarza w specjalistycznym ZRM, pod warunkiem, że będą go tworzyły co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych (ratownicy lub pielęgniarki systemu). Rozwiązanie to, wprowadzone jako przejściowe w 2023 r., nadal funkcjonuje, a ostatnia zmiana przepisów przedłużyła jego obowiązywanie do końca 2026 r.

Jak długo jedzie karetka?

Dla pracy dyspozytorni medycznych ustawowo określono odpowiednie parametry. I tak czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego w tzw. kodzie pilności 1 powinien wynieść nie więcej niż 30 sekund, w kodzie pilności 2 – maksymalnie 1,5 minuty. Kontrola przeprowadzona przez NIK pokazała, że dla **kodu pilności 1 czas zadysponowania został przekroczony dla ponad 25% wezwań** (od 25,7% w 2024 r. w Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim do 42,6% w 2023 r. w Zachodniopomorskim Urzędzie Wojewódzkim). **Najczęściej wskazywaną przyczyną opóźnień była niedostępność wolnych ZRM. Tymczasem skuteczność pomocy medycznej w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego uzależniona jest w dużej mierze od szybkości jej udzielenia.**

Od momentu otrzymania zlecenia **w kodzie pilności 1 ZRM powinien wyjechać w czasie nie dłuższym niż 1 minuta, w przypadku pozostałych zleceń w nie dłuższym niż 3 minuty. U żadnego z kontrolowanych dysponentów nie dotrzymywano takiego czasu, ale skala przekroczeń była zróżnicowana (zauważalnie niższa w Stacji Pogotowia Ratunkowego w Radomiu).** Wśród powodów opóźnień wymieniano przyczyny techniczne, zwiększoną odległość pomiędzy pomieszczeniami dla członków zespołów a miejscem postojowym ambulansu, ale także uchybienia samych pracowników, m.in. demotywacja do szybkiego wyjazdu, w przypadku wezwań do pacjentów, którzy w ocenie członków ZRM nie zostali przyjęci przez lekarzy rodzinnych. W ramach programu pilotażowego Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego, w miejscach stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego zamontowano kamery umożliwiające dyspozytorom kontrolę wyjazdów ambulansów, co w istotny sposób ma poprawić parametry dotyczące czasu wyjazdu.

Z kolei maksymalny czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta nie powinien być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i nie dłuższy niż 20 minut poza takim miastem. We wszystkich województwach objętych kontrolą czasy te były przekraczane w przypadku od 21,5% wyjazdów w województwie kujawsko-pomorskim do 37,8% w województwie mazowieckim.

W okresie 1 stycznia 2023 r.-31 marca 2025 r. na jeden ZRM najwięcej mieszkańców przypadało w województwie mazowieckim – niemal 25 tys. osób, a najmniej w województwie lubuskim – ponad 17,5 tys. osób. Biorąc pod uwagę powierzchnię przypadającą na jeden zespół ratownictwa medycznego, **najlepszy wskaźnik występował w województwie mazowieckim, gdzie jeden ZRM przypadał na 161 km². Z kolei w województwie zachodniopomorskim jeden na blisko dwukrotnie większą powierzchnię – 305 km².**

Najwyższy procent wyjazdów ZRM z przekroczeniem maksymalnego oczekiwanego czasu dotarcia NIK stwierdziła w przypadku gmin:

- **Nowe Warpno w województwie zachodniopomorskim** – 99,1% przy 349 wyjazdach oraz

- **Dzierzgowo w województwie mazowieckim** – 96,9% przy 388 wyjazdach.

Choć według danych Głównego Urzędu Statystycznego w latach 2021-2024 zostało utworzonych 91 nowych zespołów ratownictwa medycznego (tylko podstawowych ZRM, liczba specjalistycznych ZRM spadła w trzech województwach), to nie we wszystkich województwach objętych kontrolą dostęp do świadczeń ratownictwa medycznego był taki sam. Oznacza to, że wojewodowie, do których kompetencji należy planowanie rozmieszczania ZRM, nie uwzględniali przy tym prawa pacjentów do równego dostępu do takich świadczeń.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe - brak szkoleń lekarzy związanych z nowym sprzętem medycznym

Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego pracują w trzyosobowych zespołach (pilot zawodowy, lekarz oraz ratownik medyczny lub pielęgniarz systemu). NIK skontrolowała dwie bazy operacyjne LPR – w Płocku i w Warszawie i nie ma zastrzeżeń do ich funkcjonowania. **Również w LPR stwierdzono przypadki świadczenia pracy przez lekarzy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, ale były one incydentalne, a organizacja pracy minimalizowała ryzyko wystąpienia takich sytuacji.**

NIK stwierdziła jednak, że lekarze będący członkami lotniczych ZRM nie przechodzili obowiązkowych szkoleń związanych ze zmianą medycznego wyposażenia śmigłowców – zaopatrzenia ich w nowe defibrylatory, aparaty USG i urządzenia do kompresji klatki piersiowej. **Szkoleń nie przeszło 134 ze 137 lekarzy (ok. 98%) pracujących w lotniczych zespołach ratownictwa medycznego.** Wynikało to z przeoczenia postanowienia Instrukcji Operacyjnej LPR. Ze względu na ograniczoną dostępność lekarzy w lotniczym pogotowiu przyjęto formułę szkoleń e-learningowych, ale nawet w tej formie nie wszyscy lekarze je ukończyli – najwięcej, niemal połowa (40,2%) zakończyła szkolenia dotyczące obsługi aparatów USG.

Tłumy na SOR-ach a niemal połowa pacjentów nie potrzebuje pilnej pomocy

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w latach 2021-2024 zostało utworzonych 11 nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), które zapewniają pomoc medyczną osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Na koniec 2024 r. było ich już 250, co oznacza, że jeden przypadał przeciętnie na ok. 150 tys. mieszkańców. Skąd więc tłumy chorych na tych oddziałach?

NIK skontrolowała SOR-y w 10 szpitalach. **Blisko połowa ich pacjentów nie wymagała pilnej pomocy lekarza, a tylko 6,2% znajdowało się w grupie najwyższego zagrożenia zdrowotnego.** Niemal 45% osób, które trafiły na szpitalne oddziały ratunkowe, otrzymało w systemie zarządzającym trybami obsługi pacjenta (TOPSOR) taką kategorię pilności, która umożliwiała skierowanie ich do podstawowej opieki zdrowotnej. Z takiej możliwości personel szpitalnych oddziałów ratunkowych korzystał jednak rzadko.

Większość pacjentów skontrolowanych SOR-ów stanowiły osoby, które same dotarły do szpitala. Jedynie 29,4% zostało przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego, a spośród nich tylko 38,4% było następnie hospitalizowanych.

Decyzję, czy leczenie pacjenta będzie kontynuowane na innym oddziale szpitala (lub w innym szpitalu), powinien podejmować lekarz szpitalnego oddziału ratunkowego, w określonym przez kierownika szpitala czasie. Powinno to ograniczać długotrwałe przebywanie chorych na SOR-ach,

a tym samym zapewniać niezwłoczne podjęcie dalszego leczenia w przypadkach tego wymagających. **Kontrola wykazała, że w sześciu na dziesięć szpitali takie parametry czasu nie zostały określone, a w dwóch kolejnych obowiązywały tylko przez część okresu objętego kontrolą.**

Jednocześnie organizacja pracy oddziałów, na które są przenoszeni pacjenci SOR-ów, powinna zapewniać możliwie szybkie udostępnienie im łóżek. Obowiązek ustalenia ich liczby należy do kierowników szpitali. **Wywiązało się z niego zaledwie dwóch z dziesięciu, a to właśnie ta informacja jest użyteczna dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych i kierowników zespołów ratownictwa medycznego.**

Dyżury obsadzone, ale rekordziści pracowali 144 godziny bez przerwy

NIK skontrolowała także kompetencje personelu medycznego szpitalnych oddziałów ratunkowych i zwróciła uwagę na to, że **zaledwie 3,4% lekarzy pracujących na tych oddziałach było specjalistami medycyny ratunkowej. Nie było więc zaskoczeniem, że w niektórych okresach objętych badaniem, wymaganych kwalifikacji nie mieli kierujący SOR-ami w trzech szpitalach** – w Nowodworskim Centrum Medycznym, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Choszczynie oraz w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach. W tym ostatnim lekarz kierujący oddziałem miał co prawda specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych, ale nie był specjalistą w dziedzinie medycyny ratunkowej, nie odbywał takiej specjalizacji i nie zostało wykazane, by legitymował się doświadczeniem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych na SOR-ach w wymiarze co najmniej trzech tysięcy godzin w ciągu ostatnich trzech lat. **W części okresu objętego kontrolą wymagań nie spełniała także osoba pełniąca funkcję pielęgniarki oddziałowej SOR-u** w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu. Nie miała bowiem wymaganego pięcioletniego stażu pracy na oddziale ratunkowym. Przełożeni tych osób tłumaczyli powierzenie im kierowniczych stanowisk trudnościami w pozyskaniu odpowiednich specjalistów.

W zdecydowanej większości objętych badaniem szpitali (w ośmiu z dziesięciu) kontrolerzy NIK nie stwierdzili jednak nieprawidłowości w zakresie wymaganej obsady dyżurów na SOR-ach. W niektóre dni nie zapewnił jej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie, z kolei w Nowodworskim Centrum Medycznym, mimo takich możliwości, nie prowadzono ewidencji czasu pracy lekarzy, co nie pozwoliło na weryfikację obsady oddziału ratunkowego. **To nie oznacza, że w pozostałych szpitalach nie było braków kadrowych. Uzupełniano je dzięki pracy ponad normy i to także tych pracowników medycznych, którzy byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę. W Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu dotyczyło to wszystkich sześciu lekarzy na etatach, przy czym dwóch z nich nie wyraziło na to wymaganej przepisami pisemnej zgody.** W 2024 r. przekroczenie czasu pracy lekarzy SOR tego szpitala wahało się od 24 godz. 32 min. do 397 godz. i 55 min., a w 2025 r. od 20 godz. 45 min. do 198 godz. 20 min. miesięcznie (w dwumiesięcznych okresach rozliczeniowych). Natomiast w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką Bydgoszczy w I kwartale 2025 r. dziewięć osób – pielęgniarki i ratownicy medyczni – świadczyło pracę ponad maksymalny wymiar czasu pracy w wymiarze od 1 godz. i 40 min. do 65 godz. i 45 min.

W przypadku świadczenia pracy w ramach umów cywilnoprawnych, które nie limitują czasu pracy, niemal we wszystkich kontrolowanych szpitalach (w 9 na 10) niektóre dyżury pracowników SOR-ów trwały ponad dobę, choć skala i rodzaj tej pracy były zróżnicowane. NIK poddała badaniom różne grupy pracowników medycznych (lekarzy, ratowników i pielęgniarki), od kilku do kilkunastu osób w grupie i różne okresy.

Rekordzista pracował na SOR-ze Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie **przez 144 godziny, co jest równe sześciu dobom, a w siedmiu innych przypadkach - po 120 godzin (pięć dób)**. Tylko w pierwszym kwartale 2024 r. oraz w pierwszym kwartale 2025 r. stwierdzono w sumie 58 przypadków, w których lekarze pracowali w tym szpitalu ponad dobę bez przerwy, natomiast jeden z ratowników medycznych, w okresach objętych badaniem, czterokrotnie od 36 do 48 godzin.

W 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy z objętych badaniem 14 lekarzy ośmiu w 120 przypadkach udzielało świadczeń nieprzerwanie przez ponad dobę - **od 31 godz. i 10 min. do maksymalnie 107 godz., a do tego niektórzy po przedłużonym dyżurze przez 13 godz. pełnili dyżur telefoniczny**. W 42 ze 120 przypadków lekarze ci pracowali przez co najmniej 48 godzin.

W Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach niektóre dyżury lekarzy nie tylko trwały ponad dobę, ale obejmowały też jednocześnie inne zajęcia. Jeden z lekarzy tylko w jednym miesiącu **pełnił siedem nieprzerwanych dyżurów na SOR-ze po 48 godzin**. Inny pracował jednocześnie na SOR-ze, na Oddziale Chorób Wewnętrznych i pełnił tzw. dyżury endoskopowe. Kolejny lekarz w dwóch przypadkach **udzielał świadczeń na szpitalnym oddziale ratunkowym, wykonywał pracę w administracji szpitala i pozostawał w „gotowości” do udzielania świadczeń w ramach sesji tlenoterapii hiperbarycznej przez okres w sumie 30 godzin i 35 minut**. W jednym przypadku pielęgniarka pracowała na SOR-ze przez 32 godziny bez przerwy.

W Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim rekordy czasu pracy wśród lekarzy wynosiły **od 32 do 72 godzin bez przerwy**. W Szpitalu Wielospecjalistycznym w Inowrocławiu pięciu lekarzy 20 razy udzielało świadczeń nieprzerwanie przez ponad dobę w wymiarze **od 31 godzin 10 minut do 55 godzin 30 minut**. W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Choszcznie każdy z pięciu lekarzy udzielających świadczeń na SOR-ze pracował ponad 24 godziny od jednego do czterech razy. **Najdłuższy czas nieprzerwanego świadczenia pracy wyniósł 72 godz.**

Podobnie jak w przypadku dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, kierownicy SOR-ów tłumaczyli takie sytuacje z jednej strony problemami z zapewnieniem wystarczającej liczby personelu, a z drugiej brakiem norm czasu pracy dla osób zatrudnionych na podstawie innych umów niż umowa o pracę.

Dane z „sufitu”

Tryb Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR) to ogólnopolski system informatyczny zarządzany przez Narodowy Fundusz Zdrowia mający usprawnić pracę szpitalnych oddziałów ratunkowych i uporządkować kolejność przyjmowania pacjentów. W założeniu TOPSOR miał służyć zbieraniu i analizie danych poprzez rejestrację czasów kolejnych etapów obsługi pacjentów. **Prawidłowo odnotowany proces powinien obejmować siedem elementów:** czas pobrania biletu, czas rejestracji (czas wezwania), czas przeprowadzenia triażu (segregacja medyczna), przypisanie kategorii pilności, czas obsługi lekarskiej, czas wypisu z SOR-u oraz czas usunięcia (pacjenta nieobsłużonego, który oddalił się przed triażem, po triażu, został skierowany do POZ, nie pojawił się po wezwaniu, dla którego numer został wygenerowany przypadkowo lub odmówiono przyjęcia pacjenta).

Kontrola prowadzona przez NIK pokazała jednak, że kompletność i wiarygodność danych wprowadzanych do systemu TOPSOR przez poszczególne szpitale była znacznie

zróznicowana. I tak na przykład w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy zarejestrowano tylko jeden czas obsługi lekarskiej, pomimo że czas triażu odnotowano ponad 68,3 tys. razy. Z kolei we wszystkich skontrolowanych SOR-ach liczba wezwań do triażu była wyższa niż liczba wezwań do rejestracji – różnica wahała się od sześciu w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu, do niemal 21 tys. w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach.

System TOPSOR nie zapewniał też rzetelnych danych o czasie obsługi pacjentów przez lekarzy. W okresie objętym badaniem, dla wszystkich skontrolowanych szpitali znalazło się tam ponad 127,3 tys. wpisów rejestrujących zarówno czas wypisu pacjenta, jak i czas obsługi lekarskiej. **W niemal 97 tys. przypadków (ok. 76%) różnica między tymi czasami nie przekraczała 10 sekund, co by oznaczało, że lekarz tyle właśnie czasu poświęcił na przyjęcie i zbadanie pacjenta, co jest fizycznie niemożliwe.**

Nierzetelne wpisy ograniczały możliwość prowadzenia analiz, dla których system TOPSOR został wprowadzony. Kierujący szpitalnymi oddziałami ratunkowymi tłumaczyli, że udzielanie osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pomocy medycznej jest priorytetowe w stosunku do odnotowywania poszczególnych etapów procesu obsługi w TOPSOR.

Wnioski

Najwyższa Izba Kontroli wnosi:

Do Ministra Zdrowia o:

- podjęcie kompleksowych działań zmierzających do zwiększenia zasobu kadrowego lekarzy systemu, w szczególności lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej w systemie PRM,
- wprowadzenie do wojewódzkich planów działania systemu liczby łóżek w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych do tych jednostek ze szpitalnego oddziału ratunkowego,
- określenie minimalnego wyposażenia ambulansów w produkty lecznicze.

Do wojewodów o:

- uwzględnianie przy planowaniu rozmieszczenia ZRM prawa pacjentów do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- zapewnienie wymaganej obsady stanowisk dyspozytorskich.

Do kierowników szpitali prowadzących SOR o:

- określenie parametrów czasu na podjęcie decyzji przez lekarza SOR o przyjęciu na oddział i przeniesieniu na inny oddział w celu kontynuacji leczenia,
- ustalenie liczby łóżek szpitalnych w jednostkach wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego dla pacjentów przenoszonych z SOR.

<https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/systemowe-problemy-systemu-ratownictwa-medycznego.html>