



DBR.050.16.2026.EK  
Warszawa, 23 lipca 2026

Pan  
**Włodzimierz Czarzasty**  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 18102 złożoną przez Pana Posła Wiesława Krajewskiego oraz Panią Posel Olgę Ewę Semeniuk-Patkowską w sprawie funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz skuteczności nadzoru nad ich działalnością, proszę o przyjęcie poniższej informacji.

**1. Ile szpitalnych oddziałów ratunkowych funkcjonowało w Polsce w latach 2022–2026?**

Liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) funkcjonujących w Polsce w latach 2022–2026 przedstawia poniższa tabela.

| Rok                 | Liczba SOR<br>(wg stanu na koniec roku) |
|---------------------|-----------------------------------------|
| 2022                | 244                                     |
| 2023                | 246                                     |
| 2024                | 250                                     |
| 2025                | 251                                     |
| 2026 (stan bieżący) | 251                                     |

**2. Ile kontroli dotyczących funkcjonowania SOR przeprowadzono w poszczególnych latach?**

Poniższa tabela przedstawia liczbę kontroli zleconych przez Ministra Zdrowia (MZ) w związku z zastrzeżeniami do funkcjonowania SOR, a także liczbę kontroli SOR przeprowadzoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w latach 2022–2026.

| Rok | Liczba kontroli zleconych przez Ministra Zdrowia w związku z zastrzeżeniami do funkcjonowania SOR | Liczba kontroli w obszarze funkcjonowania SOR przeprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                   |                                                                                               |

|                |           |           |
|----------------|-----------|-----------|
| 2022           | 2         | 9         |
| 2023           | 1         | 13        |
| 2024           | 5         | 24        |
| 2025           | 1         | 15        |
| do VI 2026     | 3         | 5         |
| <b>ŁĄCZNIE</b> | <b>12</b> | <b>66</b> |

### **3. Jakie były najczęściej stwierdzane nieprawidłowości?**

Do najczęstszych nieprawidłowości w funkcjonowaniu SOR stwierdzanych w kontrolach zleczanych przez MZ należały:

- wydłużony czas oczekiwania na udzielenie świadczenia;
- brak minimalnych zasobów kadrowych, określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2025 r., poz.1643);
- nieprawidłowe prowadzenie segregacji medycznej, której zasady określono w ww. rozporządzeniu o SOR;
- brak wyznaczonego lekarza dyżurnego oddziału, stosownie do wymogu określonego w ww. rozporządzeniu o SOR;
- brak nadzoru nad pracą lekarzy obcokrajowców niebędących obywatelami państwa członkowskiego Unii Europejskiej przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny wyznaczonego przez kierownika podmiotu, zgodnie z wymogiem ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2026 r., poz.37);
- błędy diagnostyczne;
- brak całodobowego dostępu do urządzeń diagnostycznych;
- brak zaprowiantowania pacjentów oczekujących w SOR na przyjęcie do innych oddziałów szpitalnych.

Natomiast w kontrolach przeprowadzonych w obszarze SOR w latach 2022- VI 2026 przez NFZ najczęściej stwierdzano następujące nieprawidłowości:

- niespełnienie warunków wymaganych określonych w obowiązujących przepisach lub w umowie w części dotyczącej organizacji udzielania świadczeń;
- brak aktualizacji danych z umowy dotyczących personelu;
- niespełnienie warunków wymaganych określonych w obowiązujących przepisach lub w umowie w części dotyczącej personelu;
- niedopełnienie obowiązku przekazywania danych do serwera centralnego TOPSOR;
- gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa;
- udzielanie świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie;
- udzielanie świadczeń przez osoby nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny;
- nieuzasadniona odmowa udzielenia świadczeń świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji świadczeń;
- nieprawidłowe zakwalifikowanie świadczeń finansowanych ryczałtem w ramach PSZ (Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej).

### **4. Ile przypadków dotyczyło niewystarczającej obsady lekarskiej lub pielęgniarskiej?**

W zakresie kontroli przeprowadzonych na zlecenie Ministra Zdrowia niewystarczającą obsadę lekarską odnotowano w 5 przypadkach.

Natomiast w wyniku kontroli SOR przeprowadzonych przez NFZ stwierdzono następujące nieprawidłowości dotyczące obsady personelu medycznego:

- niespełnienie warunków określonych w obowiązujących przepisach lub w umowie w części dotyczącej personelu – 13 przypadków,
- udzielanie świadczeń przez osoby nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny – 6 przypadków,
- nieudzielanie świadczeń gwarantowanych przez personel w wymiarze czasu pracy określonym w obowiązujących przepisach (równoważnik etatu przeliczeniowego) – 2 przypadki.

**5. *Jaki był średni czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń w SOR według poszczególnych kategorii pilności?***

Według danych z systemu TOPSOR w 2025 r. pacjenci oczekiwali średnio na pierwszy kontakt z lekarzem SOR:

- 14 minut w priorytecie najwyższym (kategoria czerwona);
- 20 minut w priorytecie wysokim (kategoria pomarańczowa);
- 37 minut w priorytecie średnim (kategoria żółta);
- 36 minut w priorytecie niskim (kategoria zielona);
- 28 minut w priorytecie najniższym (kategoria niebieska).

W tym miejscu należy podkreślić, że choć wezwanie pacjenta powinno być odnotowywane w systemie TOPSOR w czasie rzeczywistym, to w przypadku pacjentów w stanie nagłym, gdzie ważne jest natychmiastowe udzielenie pomocy, w pierwszej kolejności personel medyczny skupia się na ratowaniu pacjenta, a dokumentacja medyczna i dane do systemu często są wprowadzane post factum, co przekłada się na wyliczenia parametrów czasu oczekiwania i obsługi.

Należy też zaznaczyć, że powyższe dane dla kraju obliczone zostały w oparciu o średnie czasy oczekiwania w poszczególnych SOR, nie zaś o dane jednostkowe pojedynczych przypadków.

**6. *W ilu przypadkach odnotowano przekroczenie dopuszczalnych standardów organizacyjnych?***

W zakresie kontroli przeprowadzonych na zlecenie MZ odnotowano naruszenie następujących standardów organizacyjnych:

- w zakresie spełnienia szczegółowych warunków prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych: stwierdzono naruszenie w 5 kontrolach;
- w zakresie minimalnego wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych szpitalnego oddziału ratunkowego: stwierdzono naruszenie w 5 kontrolach;
- w zakresie zapewnienia całodobowego i niezwłocznego dostępu do badań diagnostycznych: stwierdzono naruszenie w 1 kontroli.

Natomiast NFZ z posiadanych rejestrów nie był w stanie wprost odpowiedzieć na zadane pytanie. Poniżej przytoczono jedną z sytuacji przekroczenia dopuszczalnych standardów organizacyjnych, stwierdzoną podczas przeprowadzonej kontroli SOR. Kontrola SOR wykazała, iż szpital przyjął model organizacyjny pracy SOR, w którym oddział ten podzielony został na 6 odcinków (internistyczny, ortopedyczny, chirurgiczny, pediatryczny, chirurgii dziecięcej, neurologiczny). Powyższe oznaczało, że pacjent nie tyle ma wyznaczony czas oczekiwania do lekarza, tylko czas wyznaczony w wykreowanym przez świadczeniodawcę odcinku. Przyjęty model organizacyjny zaburzał minimalny standard bezpieczeństwa pacjentów SOR. Dodatkowo brak lekarza kierującego (ordynatora), a także lekarza koordynującego pracę SOR w systemie całodobowym, wpływał bezpośrednio na nieprawidłową organizację pracy innych oddziałów szpitalnych, z których lekarze musieli schodzić, by udzielać świadczeń w SOR, pomimo iż w SOR dyżurowali lekarze. Szpitalny oddział ratunkowy pełnił też rolę izby przyjęć, angażując personel SOR w przyjęcia o

charakterze planowym. Taka organizacja wydłużała czas oczekiwania dla pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oczekującego na pierwszy kontakt z lekarzem SOR.

**7. Ile razy w latach 2022–2026 czasowo ograniczono lub zawieszono funkcjonowanie SOR z przyczyn organizacyjnych lub kadrowych?**

Z informacji przekazanych przez NFZ w latach 2022-2026 wynika, że zidentyfikowano jeden przypadek zawieszenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym. Przypadek ten dotyczył Zespołu Opieki Zdrowotnej w Nysie i związany był z wystąpieniem na terenie województwa opolskiego od dnia 14.09.2024 r. powodzi mającej postać klęski żywiołowej, która dotknęła m.in. miasto Nysa. W związku z zaistniałą sytuacją od 15.09.2024 r. rozpoczęła się ewakuacja pacjentów szpitala ZOZ w Nysie. Przywrócenie pełnego funkcjonowania SOR nastąpiło 21.09.2024 r. W celu zabezpieczenia świadczeń dla mieszkańców z terenu objętego powodzią, Zarządzeniem Operacyjnego Dowództwa Generalnego Sił Zbrojnych z dnia 17.09.2024 r. utworzono Szpital Polowy, w którym realizowano świadczenia w Izbie Przyjęć z lokalizacją ul. Sudecka 23, 48-300 Nysa.

Jak wynika z informacji przekazanych z oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, które na bieżąco monitorują dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie właściwych województw, w badanym okresie występowały informacje o krótkotrwałych utrudnieniach dotyczących funkcjonowania SOR. Zgłaszane przez podmioty utrudnienia wynikały z przyczyn technicznych lub organizacyjnych, m.in. takich jak prowadzenie prac remontowych, awaria sprzętu medycznego lub informatycznego, przerwa w dostawie wody lub energii elektrycznej, czy potrzeba dezynfekcji pomieszczeń w związku z pandemią COVID-19. W nawiązaniu do powyższego wskazać należy, iż podczas przejściowych ograniczeń w funkcjonowaniu SOR ciągłość przyjmowania pacjentów pozostających w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego została zachowana. W krótkotrwałych sytuacjach wyjątkowych, zagrażających pacjentom, takich jak np. rozszczelnienie instalacji tlenowej (od 15 maja 2024 r. od godziny 23:06 do 16 maja 2024 r. do godziny 08:00 – Tomaszowskie Centrum Zdrowia), czy działań pirotechników/kontrterrorystów z powodu podejrzenia podłożenia ładunków wybuchowych (22.06.2026 – Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie), pacjenci byli kierowani do innych podmiotów.

**8. Czy Ministerstwo prowadzi monitoring liczby pacjentów pozostających w SOR dłużej niż 24 godziny?**

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ (OW NFZ) zobowiązany jest m.in. do monitorowania realizacji umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Biorąc pod uwagę zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitalne oddziały ratunkowe, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a także mając na uwadze kluczową rolę szpitalnych oddziałów ratunkowych, którą pełnią w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, należy dążyć do stabilizacji stanu klinicznego pacjenta i jak najszybszego przekazania go na właściwy oddział szpitalny, celem kontynuowania specjalistycznej terapii, bez przedłużania czasu pobytu w SOR, gdy nie ma do tego wskazań.

W związku z powyższym, oddziały wojewódzkie NFZ monitorują i wyjaśniają przypadki pobytów w SOR, trwających dłużej niż 24h, pod kątem ich przyczyn. Zgodnie z przekazywanymi przez OW NFZ wyjaśnieniami, ww. sytuacje najczęściej spowodowane są stanem klinicznym pacjenta, bądź też brakiem miejsc w innych oddziałach szpitalnych.

### **9. Czy analizowany jest wpływ braku miejsc na oddziałach szpitalnych na funkcjonowanie SOR?**

W ubiegłym roku przeprowadzona została analiza ruchu pacjentów we wszystkich SOR w kraju na podstawie danych za styczeń i luty 2025 r., zebranych od podmiotów leczniczych. Średni całkowity czas pobytu pacjenta w SOR od pobrania biletu do wypisania z SOR lub przeniesienia na inny oddział szpitalny w badanym okresie wynosił 4 godziny i 27 minut. Pacjenci przekazani z SOR do dalszej hospitalizacji w innych oddziałach tego samego szpitala stanowili średnio **22 %** wszystkich pacjentów przyjętych do szpitala bez względu na tryb. Zabezpieczenie łóżek w innych oddziałach szpitalnych na potrzeby pacjentów przekazywanych z SOR na terenie kraju wynosi średnio 1,35 łóżka przypadającego na jednego pacjenta kierowanego z SOR (od 0,56 łóżka/1 pacjenta w woj. kujawsko-pomorskim do 1,99 łóżka/1 pacjenta w woj. lubuskim).

Wyniki przeprowadzonej analizy przekazane zostały do wszystkich urzędów wojewódzkich oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednym z wniosków było wskazanie, iż liczba łóżek zapewnianych przez szpitale na rzecz pacjentów z SOR powinna być dostosowana do liczby tych pacjentów. Szpitale bowiem albo zapewniają ich za mało albo w ogóle nie realizują tego obowiązku, natomiast część szpitali zapewnia więcej łóżek niż wynika to z potrzeb.

### **10. Czy Ministerstwo monitoruje liczbę pacjentów zgłaszających się do SOR z problemami niewymagającymi interwencji medycyny ratunkowej?**

Comiesięczne raporty przekazywane do MZ przez administratora systemu TOPSOR zawierają m.in. dane na temat liczby pacjentów przyjętych do poszczególnych SOR z podziałem na kategorie pilności przydzielone podczas segregacji medycznej (tzw. triażu).

Zgodnie z § 6 ust. 11-12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* (Dz.U. z 2025 r. poz. 1646 z późn. zm.), osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być skierowane z oddziału do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w tym nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ). Zasady kierowania z SOR do POZ osób, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, są określone w regulaminie organizacyjnym szpitala, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, i podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

Pacjent, który w wyniku segregacji medycznej zostanie zakwalifikowany do kategorii zielonej lub niebieskiej, a więc pacjent niebędący w stanie nagłym, może być przekierowany do NiŚOZ/POZ. Opuszczając SOR otrzymuje on kartę segregacji medycznej (KSM), w której oznaczona jest m.in. kategoria pilności przydzielona podczas triażu. KSM jest dokumentacją medyczną tego pacjenta z pobytu w SOR, którą pacjent może przedstawić w POZ/NiŚOZ, choć nie ma takiego obowiązku.

Ponadto, zgodnie z § 12 ust. 3 pkt 3 tego rozporządzenia, lekarz dyżurny oddziału może odmówić przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Natomiast analiza ruchu pacjentów w SOR, o której mowa w powyższym punkcie, wykazała, że liczba pacjentów kierowanych z SOR bezpośrednio po triażu do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach POZ/NiŚOZ stanowiła średnio zaledwie 3,1 % wszystkich pacjentów przyjętych do SOR. Powyższe oznacza, że SOR-y nie korzystają w pełnym zakresie z możliwości przekierowania do POZ/NiŚOZ pacjentów niewymagających pilnej pomocy medycznej.

### **11. Jakie działania podjęto w celu ograniczenia przeciążenia SOR?**

Funkcjonowanie jednostek systemu PRM jest w sposób ciągły monitorowane przy wykorzystaniu narzędzi teleinformatycznych umożliwiających analizę kluczowych

parametrów działania systemu. W przypadku identyfikacji nieprawidłowości podejmowane są działania wyjaśniające, naprawcze lub kontrolne. Ponadto do szpitali, w ramach których funkcjonują szpitalne oddziały ratunkowe, a także do urzędów wojewódzkich nadzorujących działanie systemu PRM na terenie poszczególnych województw, wielokrotnie kierowana była korespondencja z zaleceniami dotyczącymi m.in.:

- szerszego kierowania pacjentów niebędących w stanie nagłym do POZ lub NiŚOZ już na etapie triażu;
- zapewnienia odpowiedniej obsady kadrowej, w szczególności lekarskiej, w SOR;
- priorytetowej realizacji diagnostyki, konsultacji i zabiegów dla pacjentów SOR;
- usprawnienia procesów administracyjnych związanych z wypisem, transferem pacjenta i organizacją transportu;
- zapewnienia odpowiedniej liczby łóżek dla pacjentów kierowanych z SOR na leczenie szpitalne.

#### ***12. Czy planowane są zmiany organizacyjne lub legislacyjne dotyczące funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych?***

Wytyczne dotyczące funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych określone zostały ustawie *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* oraz aktach wykonawczych do tej ustawy, w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*.

Aby SOR-y funkcjonowały prawidłowo, konieczne jest przestrzeganie obowiązujących przepisów oraz zaleceń.

#### ***13. Jak Ministerstwo ocenia obecny poziom bezpieczeństwa pacjentów korzystających z SOR?***

Przedmiotowe pytanie jest niejasne, nie doprecyzowano, czy chodzi o bezpieczeństwo pacjentów przed zagrożeniem ze strony innych osób przebywających w SOR, np. pacjentów pobudzonych, agresywnych, znajdujących się pod wpływem alkoholu lub innych substancji odurzających, czy może pytanie o bezpieczeństwo dotyczy udzielenia pomocy medycznej na czas. W obu przypadkach za zapewnienie bezpieczeństwa w SOR odpowiada szpital: w zakresie zdrowotnym – przez zabezpieczenie wystarczającej liczby odpowiednio wykwalifikowanego personelu medycznego, a w odniesieniu do sytuacji związanych z niebezpieczeństwem ze strony innych osób – przez zapewnienie ochrony lub wezwanie odpowiednich służb.

#### ***14. Czy prowadzone są analizy regionalnych różnic w dostępności świadczeń ratunkowych?***

W Ministerstwie Zdrowia prowadzone są analizy regionalnych różnic w dostępności do świadczeń ratunkowych, w tym analizy dostępności przestrzennej do świadczeń udzielanych przez SOR. Analizy te pozwalają identyfikować różnicowanie terytorialne w dostępie do świadczeń ratunkowych oraz oceniać rozmieszczenie zasobów w poszczególnych regionach kraju.

Przywołana powyżej analiza ruchu pacjentów w SOR obrazowała funkcjonowanie poszczególnych SOR w województwach oraz ukazywała ogólny obraz tych samych danych na tle kraju. W każdym z badanych zakresów porównywane były wyniki z poszczególnych województw w odniesieniu do ogólnopolskich średnich parametrów.

Ponadto na podstawie danych zgromadzonych w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego generowane są codzienne raporty dotyczące m.in. obciążenia dyspozytorni medycznych, czasów dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia i liczby wyjazdów w podziale na kody 1 i 2, czasu oczekiwania na przekazanie pacjenta do SOR lub izby przyjęć oraz przypadków odmowy przyjęcia pacjenta przez szpital. Raporty te w znacznym zakresie wskazują nie tylko ogólne dane z całego kraju, lecz przedstawiają obraz funkcjonowania systemu PRM na terenie poszczególnych województw.

***15. Proszę o przedstawienie danych dotyczących liczby skarg dotyczących funkcjonowania SOR w latach 2022–2026.***

We wskazanym okresie Departament Nadzoru i Kontroli MZ odnotował 237 spraw (97 skarg i 140 innych sygnałów obywatelskich) dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania SOR.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Katarzyna Kacperczyk  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/