



Minister Zdrowia

DBR.050.17.2026.EK
Warszawa, 16 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 18133 złożoną przez Pana Posła Marcina Gwoźdźcia w sprawie pilnej potrzeby reformy systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz procedur transportu międzyszpitalnego pacjentów w stanach nagłych, proszę o przyjęcie poniższej informacji.

1. *Jakie konkretne kroki legislacyjne i organizacyjne podejmie Ministerstwo Zdrowia, aby uniemożliwić szpitalom powiatowym zawieranie umów na transport medyczny z podmiotami, które nie są w stanie zapewnić natychmiastowego dojazdu do pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia?*

Zasady organizacji i realizacji transportu medycznego wynikają z obowiązujących przepisów prawa oraz warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i obowiązują wszystkich świadczeniodawców.

Obecnie nie jest planowana zmiana przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz.U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.), które obejmują zakresem transport medyczny. Spełnianie wymogów niezbędnych do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest każdorazowo weryfikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) podczas procesu zawierania umowy o udzielanie przedmiotowych świadczeń.

Jednocześnie, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. *w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2025 r. poz. 328, z późn. zm.) w ramach przedmiotu postępowania: Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego w kryterium „Dostępność” oferent jest premiowany za zapewnienie odpowiedniego czasu dotarcia zespołu transportu medycznego na miejsce wezwania. Zgodnie z tym warunkiem oferent może zadeklarować, że:

- 1) *Mediana czasu dotarcia zespołu transportu medycznego na miejsce wezwania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielania świadczeń nie może być większa niż 20 minut* - otrzyma wtedy 17 pkt albo
- 2) *Mediana czasu dotarcia zespołu transportu medycznego na miejsce wezwania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielania świadczeń nie może być większa niż 25 minut* - otrzyma 7 pkt.

Prawodawca określając powyższe warunki wraz ze wskazaną – wysoką i zróżnicowaną punktacją, dostrzegł konieczność docenienia tych oferentów, którzy zapewnią jak najszybszy czas dotarcia zespołu na miejsce wezwania w przypadku takiej konieczności. W myśl § 5 ust. 1 ww. rozporządzenia – oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej. W przypadku, gdy oferent nie realizuje świadczeń zgodnie z postanowieniami umowy, przepisy przewidują możliwość nałożenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia lub Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia kary umownej, jeżeli umowa zawiera zastrzeżenie o możliwości nałożenia takiej kary.

2. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzenie jednolitych, obowiązkowych procedur lub algorytmów postępowania, które w określonych przypadkach klinicznych, takich jak udar krwotoczny wymagający pilnej interwencji neurochirurgicznej, nakazywałyby niezwłoczne rozważenie i uruchomienie transportu realizowanego przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe?

Zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 141), zwanej dalej ustawą o PRM, w razie konieczności szpital, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zapewnia niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego, pacjenta urazowego dziecięcego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie. Dodatkowo w myśl § 12 ust. 3 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1646 z późn. zm.) lekarz dyżurny oddziału wystawia zlecenie na lotniczy transport sanitarny.

Należy jednak wskazać, że konieczność realizacji przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe bezzwłocznego i szybkiego transportu **powinna wynikać ze stanu pacjenta i przewidywanego czasu przelotu.** Całkowity czas transportu pacjenta śmigłowcem do miejsca docelowego powinien być krótszy od transportu ambulansem i przynieść korzyść w dalszym procesie leczenia.

Natomiast w związku z koniecznością zapewnienia szybkiego postępowania ratunkowego oraz niezwłocznego wdrożenia terapii u pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu, a także mając na uwadze konieczność wypracowania rozwiązania mającego na celu poprawę funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM), Ministerstwo Zdrowia wraz z konsultantami krajowymi w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz neurologii wydało „Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu”¹. Ww. *Dobre praktyki* zobowiązują kierownika zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) do niezwłocznego powiadomienia dyspozytora medycznego o transporcie pacjenta do oddziału udarowego oraz do kontaktu z lekarzem oddziału udarowego, poprzez trójpowiązanie zestawione przez dyspozytora medycznego. Podczas trójpowiązania kierownik ZRM zasięga opinii lekarza neurologa co do sposobu postępowania z pacjentem na miejscu zdarzenia i w czasie transportu. Natomiast w przypadku braku możliwości zestawienia trójpowiązania, dyspozytor medyczny zobligowany jest do przekazania lekarzowi oddziału udarowego informacji o stanie pacjenta, pozyskanych od kierownika zespołu ratownictwa medycznego.

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-postepowania-z-pacjentem-z-podejrzeniem-udaru-mozgu>

Dodatkowo, niezależnie od drogi telefonicznej, w systemie PRM funkcjonuje tzw. zapowiedź. Jest to wiadomość jaką dostaje szpital od ZRM, zanim jeszcze zespół dotrze do podmiotu leczniczego. Wiadomość jest generowana automatycznie, na podstawie danych zawartych w karcie medycznych czynności ratunkowych (KMCR). Zapowiedź - oprócz danych medycznych - zawiera także przewidywany czas dojazdu ZRM do szpitala. Dzięki takiej prenotyfikacji szpital ma czas na przygotowanie się na przyjęcie pacjenta. W razie transportu pacjenta w ciężkim stanie, gdy dokumentację medyczną najczęściej uzupełnia się *post factum*, ZRM ma możliwość powiadomienia szpitala o zdarzeniu poprzez dyspozytornię medyczną. Powyższe zostało opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. *w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego* (Dz.U. z 2019 r. poz. 1703 z późn. zm.). Zgodnie z § 10 ww. rozporządzenia podczas obsługi zdarzeń dyspozytor wysyłający, na żądanie kierownika zespołu ratownictwa medycznego, powiadamia docelowy szpitalny oddział ratunkowy lub szpital właściwy ze względu na stan zdrowia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w którym znajduje się centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (np. oddział udarowy), o transporcie osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Jednocześnie informuję, iż zgodnie z Rejestrem Państwowego Ratownictwa Medycznego Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy posiada szpitalny oddział ratunkowy i oddział udarowy, który jest jednostką organizacyjną szpitala wyspecjalizowaną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. A więc w razie konieczności przewiezienia osoby z udarem do szpitala z oddziałem neurochirurgii, szpital zobowiązany jest do zapewnienia niezwłocznego transportu sanitarnego (w tym transportu lotniczego) na podstawie art. 33 ust. 2 ustawy o PRM. Dodatkowo art. 41 ust. 1 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.) stanowi, że „*świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:*

- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
- 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.”

Wybór środka transportu zależy od lekarza prowadzącego.

3. *W jaki sposób resort zdrowia zamierza wyeliminować praktyki polegające na formalnym przenoszeniu pacjentów pomiędzy oddziałami tej samej placówki bez rzeczywistej zmiany miejsca leczenia, jeżeli działania takie mogą wpływać na opóźnienie procedur ratowania życia lub zdrowia?*

Organizacja procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym podejmowanie decyzji o przeniesieniu pacjenta pomiędzy oddziałami szpitala, należy do kompetencji podmiotu leczniczego (lekarza) i powinna każdorazowo wynikać z przesłanek medycznych, a nie organizacyjnych lub sprawozdawczych oraz zapewniać pacjentowi odpowiednią jakość, ciągłość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Obowiązujące przepisy nakładają na podmioty lecznicze obowiązek organizowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób odpowiadający wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz z należytą starannością.

Ministerstwo Zdrowia we współpracy z NFZ na bieżąco analizuje informacje dotyczące funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym sygnały odnoszące się do organizacji procesu leczenia w podmiotach leczniczych. Jednocześnie należy wskazać, że ocena

prawidłowości postępowania w indywidualnych przypadkach wymaga uwzględnienia okoliczności konkretnej sprawy.

Aktualnie nie są prowadzone prace legislacyjne ukierunkowane na wprowadzenie szczególnych rozwiązań odnoszących się do opisanej praktyki. W przypadku zidentyfikowania potrzeby zmian obowiązujących regulacji będą one przedmiotem stosownych analiz.

4. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje przeprowadzenie analizy działań organów nadzorczych odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego w województwie dolnośląskim w kontekście okoliczności tej sprawy oraz wniosków wynikających z kontroli NFZ?

Zgodnie z art. 19 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym nadzór nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa jest zadaniem wojewody, natomiast Minister Zdrowia nadzoruje działanie systemu na terenie kraju. W ramach tego nadzoru Minister Zdrowia m.in. może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa. Podmioty lecznicze związane są z Narodowym Funduszem Zdrowia jako płatnikiem świadczeń finansowanych ze środków publicznych umowami na realizację tych świadczeń. Zawarcie takiej umowy jest równoznaczne ze zobowiązaniem się podmiotu leczniczego do przestrzegania przywołanych wyżej przepisów. W razie jakichkolwiek naruszeń postanowień umowy bądź przepisów, do których się ona odwołuje NFZ ma możliwość zastosowania sankcji w postaci kar umownych lub rozwiązania tej umowy.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/