Minister Zdrowia

DBR.055.46.2026.JL
Warszawa, 03 listopada 2026

Pani
Katarzyna Gajowczyk
ul. Szkolna 6/11
42-130 Wręczyca Wielka
Email: inicjatorka.spoleczna@gmail.com

Szanowna Pani,
w odpowiedzi na petycje z dnia 19 sierpnia 2026 r., oznaczone numerami: 1333/26, 1344/26, 1345/26 oraz 1346/26, *w sprawie Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego*, działając na podstawie art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz. U. z 2018 r. poz. 870), zawiadamiam o sposobie ich załatwienia wraz z uzasadnieniem.

Ze względu na zbieżność przedmiotu petycji udzielam na nie łącznej odpowiedzi. Obejmuje ona propozycje zmian parametrów czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), określonych w art. 24 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 141; dalej: ustawa o PRM), zasad planowania liczby i rozmieszczenia zespołów oraz czasu transportu i przekazania pacjenta w szpitalu.

Przedstawione warianty dotyczą zastąpienia mediany średnią, średnią arytmetyczną albo średnią ważoną, zmiany wartości i kryteriów terytorialnych parametrów czasu dotarcia oraz uwzględniania 0,5% najdłuższych czasów w zależności od przebiegu zdarzenia i stanu pacjenta. Zaproponowano również zastąpienie analizy liczby wezwań przypadających na zespół analizą wezwań na danym obszarze i czasów dotarcia, wprowadzenie 5-minutowego limitu przekazania pacjenta oraz limitów transportu wynoszących 30 minut bez użycia sygnałów i 15 minut z ich użyciem.

W uzupełnieniu petycji nr 1333/26, złożonym w odpowiedzi na wezwanie Ministra Zdrowia do sprecyzowania jej przedmiotu, wyjaśniła Pani, że wybór proponowanych wartości czasowych pozostawia Ministerstwu Zdrowia. Doprecyzowała Pani również sposób rozumienia czasu przekazania pacjenta w szpitalu oraz określeń „tryb zwykły" i „tryb alarmowy". Wyjaśnienia te uwzględniono w poniższej odpowiedzi.

Art. 24 ustawy o PRM odnosi się do czasu dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczonego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego. W SWD PRM przy obliczaniu mediany i maksymalnego czasu dotarcia uwzględnia się wyjazdy, dla których odnotowano czas przyjęcia zdarzenia i czas przybycia na miejsce zdarzenia.

Obowiązujące rozwiązania umożliwiają ocenę dostępności zespołów ratownictwa medycznego według jednolitych w skali kraju zasad, pozostawiając jednocześnie możliwość

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

dostosowania organizacji systemu do rzeczywistych potrzeb i uwarunkowań występujących na terenie województwa.

Odnosząc się do poszczególnych postulatów przedstawionych w petycjach, należy wskazać, co następuje.

Po pierwsze, Ministerstwo Zdrowia nie znajduje uzasadnienia dla zastąpienia mediany czasu dotarcia średnią arytmetyczną albo średnią ważoną. Jeżeli użyte w wariancie A określenie „średnia" oznacza średnią arytmetyczną, warianty A i B są w tym zakresie tożsame. Mediana jest mniej podatna niż średnia arytmetyczna na wpływ pojedynczych, skrajnie długich czasów dotarcia. Jest przy tym stosowana obok maksymalnego czasu dotarcia, a zatem nie stanowi jedynego miernika oceny. W wariancie C nie określono natomiast zasad ustalania wag, co uniemożliwia jednoznaczną ocenę proponowanego sposobu obliczeń. Pozostawienie Ministerstwu Zdrowia wyboru wartości czasowych nie zmienia oceny propozycji zastąpienia mediany innym miernikiem.

Po drugie, Ministerstwo Zdrowia nie znajduje podstaw do przyjęcia proponowanych zmian wartości parametrów czasu dotarcia i kryteriów ich zróżnicowania terytorialnego. Ustalenie dla wszystkich gmin jednakowych wartości mediany czasu dotarcia na poziomie 15 minut i maksymalnego czasu dotarcia na poziomie 20 minut oznaczałoby złagodzenie obecnych wymagań dla miast powyżej 10 tys. mieszkańców. Pozostałe warianty przewidują stosowanie wartości 8 i 15 minut oraz 15 i 20 minut w zależności od podziału na miasto i pozostały obszar, rodzaju gminy, położenia podmiejskiego, charakteru miejscowości lub pełnienia przez nią funkcji siedziby gminy. Sam status administracyjny lub funkcja miejscowości nie odzwierciedlają jednak wszystkich warunków dojazdu i zapotrzebowania na pomoc. Określenia takie jak „teren podmiejski", „gmina wiejsko-podmiejska" czy „wieś o charakterze małomiasteczkowym" wymagałyby ponadto jednoznacznego zdefiniowania. Wariant przewidujący krótsze czasy dla obszarów do 10 tys. mieszkańców, a dłuższe dla obszarów powyżej tej liczby, odwraca kierunek obecnego zróżnicowania, nie określając przy tym granic tak rozumianych obszarów. Nie wykazano, aby proponowane podziały lepiej służyły ocenie dostępności ZRM niż obowiązujące kryteria. Lokalne potrzeby i warunki dojazdu należy uwzględniać przy planowaniu liczby i rozmieszczenia zespołów. Zachowanie obecnych wartości i podziału na miasta powyżej 10 tys. mieszkańców oraz pozostały obszar nie wymaga zmiany ustawy. Również postulat uchylenia art. 24 ust. 1 pkt 2 jest bezprzedmiotowy, ponieważ przepis ten został już uchylony.

Po trzecie, Ministerstwo Zdrowia nie znajduje uzasadnienia dla uzależnienia uwzględniania w obliczeniach 0,5% najdłuższych czasów dotarcia od zgonu pacjenta przed przybyciem ZRM lub HEMS, podczas czynności ratunkowych, transportu, przekazania w szpitalu albo dalszej hospitalizacji, ani od pogorszenia stanu zdrowia, liczby lub czasu trwania resuscytacji, udziału różnych zespołów i personelu czy przekroczenia wskazanej w petycji „złotej godziny". Dotyczy to również opisanych przypadków izolowanego zdarzenia medycznego oraz blokad dróg i ekstremalnych warunków pogodowych, którym towarzyszyło pogorszenie stanu zdrowia lub zgon. Okoliczności te mogą wymagać indywidualnej analizy, lecz nie stanowią jednolitego kryterium statystycznej oceny czasu dotarcia. Sam skutek zdrowotny nie przesądza o jego związku z czasem dotarcia, a proponowane rozwiązanie uzależniałoby sposób obliczania tego parametru także od zdarzeń następujących na dalszych etapach leczenia. Pominięcie danego przypadku w obliczeniach na podstawie art. 24 ust. 2 nie oznacza uznania czasu dotarcia za prawidłowy ani nie wyklucza jego odrębnej oceny. Zasada pomijania 0,5% najdłuższych czasów w każdym miesiącu, bez kumulacji między miesiącami, powtórzona w pozostałych wariantach, już obowiązuje.

Po czwarte, postulat uwzględniania liczby wezwań na danym obszarze oraz czasów dotarcia znajduje już odzwierciedlenie w art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. a ustawy o PRM. Przepis ten nakazuje

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Klasyfikacja informacji – Do użytku wewnętrznego (interesariusze – zewnętrzne)

kierować się parametrami czasu dotarcia i liczbą zdarzeń w obszarze działania przy planowaniu liczby i rozmieszczenia ZRM. Nie uzasadnia to jednak rezygnacji z analizy obciążenia poszczególnych zespołów w ujęciu dobowym, tygodniowym, miesięcznym czy rocznym. Dane o obciążeniu uzupełniają informacje o zapotrzebowaniu na pomoc i pozwalają ocenić wykorzystanie dostępnych zespołów. Z tego względu nie uwzględniono postulatu wyłączenia tych danych z analiz organizacyjnych.

Po piąte, Ministerstwo Zdrowia uznaje potrzebę sprawnego przekazywania pacjentów personelowi szpitala, nie znajduje jednak podstaw do wprowadzenia proponowanego, bezwzględnego limitu 5 minut, obejmującego także uzyskanie przez ZRM statusu „wolny, powrót do bazy". Zgodnie z Pani wyjaśnieniami czas ten miałby być liczony od odnotowania obecności zespołu w szpitalu do przekazania pacjenta i zmiany statusu zespołu. Przyjęcie pacjenta przez szpital i odzyskanie gotowości przez ZRM nie są jednak tożsamymi zdarzeniami. Wspólny limit nie uwzględniałby zróżnicowania czynności niezbędnych do bezpiecznego przekazania pacjenta wraz z informacjami o jego stanie i udzielonej pomocy oraz do przygotowania zespołu do kolejnego wezwania. Kwestia maksymalnego czasu przyjęcia pacjenta od ZRM została ponadto objęta odrębnym upoważnieniem ustawowym w art. 45a ustawy o PRM. Nie ma zatem uzasadnienia dla wprowadzania w art. 24 dodatkowego limitu, który łączyłby przyjęcie pacjenta z odzyskaniem gotowości przez zespół. Stanowisko to nie oznacza akceptacji nieuzasadnionego oczekiwania na przyjęcie pacjenta.

Po szóste, Ministerstwo Zdrowia nie znajduje podstaw do wprowadzenia bezwzględnych limitów czasu transportu pacjenta wynoszących 30 minut bez użycia sygnałów i 15 minut z ich użyciem. W ocenie tego postulatu uwzględniono wyjaśnienie znaczenia określeń „tryb zwykły" i „tryb alarmowy" oraz pozostawienie Ministerstwu Zdrowia wyboru wartości czasowych. Sam sposób przejazdu nie przesądza jednak o możliwym czasie dotarcia do szpitala. Znaczenie mają także odległość, warunki drogowe i potrzeba przewiezienia pacjenta do placówki udzielającej odpowiednich świadczeń, w tym bezpośrednio do centrum urazowego lub wyspecjalizowanej jednostki szpitala na zasadach określonych w art. 45 ustawy o PRM. Sztywny limit nie powinien prowadzić do wyboru szpitala wyłącznie ze względu na czas przejazdu, z pominięciem potrzeb pacjenta. Ustawa uwzględnia już dostępność czasową SOR przy planowaniu ich rozmieszczenia: zgodnie z art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. b wielkość zabezpieczanego obszaru ma pozwalać na dotarcie ZRM z miejsca zdarzenia do oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Jest to kryterium planowania sieci SOR, a nie jednolity limit czasu każdego transportu. Z tych względów nie uwzględniono propozycji wprowadzenia dodatkowych limitów opartych wyłącznie na użyciu albo nieużyciu sygnałów pojazdu uprzywilejowanego.

Z przedstawionych względów nie uwzględniono postulatów zmiany obowiązujących przepisów w proponowanym kształcie. W zakresie rozwiązań już przewidzianych w ustawie o PRM petycje nie wymagają podejmowania dodatkowych działań legislacyjnych.

Jednocześnie informuję, że zgodnie z art. 13 ust. 2 ustawy o petycjach sposób załatwienia petycji nie może być przedmiotem skargi.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Agnieszka Tuderek-Kuleta
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Klasyfikacja informacji – Do użytku wewnętrznego (interesariusze – zewnętrzne)