



Minister Zdrowia

DBR.055.39.2026.JL
Warszawa, 25 września 2026

[REDACTED]

[REDACTED]

w odpowiedzi na petycję z dnia 3 lipca 2026 r., wniesioną na podstawie ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz. U. z 2018 r. poz. 870), zawierającą postulaty dotyczące przekazywania danych o pacjentach przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, zasad rozmieszczania zespołów ratownictwa medycznego oraz stosowania narzędzi służących ocenie stanu pacjenta w procesie segregacji medycznej, przedstawiam następujące stanowisko.

Odnosząc się do postulatów określonych w pkt 1-3 petycji, dotyczących przekazywania wojewodzie dodatkowych danych o liczbie pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na gminy, należy wskazać, że dane dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych są już gromadzone w ramach obowiązujących systemów sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz systemów teleinformatycznych funkcjonujących na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208, z późn. zm.). Obowiązujące regulacje przewidują pozyskiwanie i przetwarzanie danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z organizacją i finansowaniem systemu ochrony zdrowia.

W petycji nie wykazano potrzeby wprowadzenia odrębnego obowiązku sprawozdawczego ani korzyści, które uzasadniałyby ustanowienie dodatkowego mechanizmu raportowania danych do wojewody. Jednocześnie proponowane rozwiązanie prowadziłoby do zwiększenia obciążeń administracyjnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz do powielania danych, które są już gromadzone w funkcjonujących systemach informacyjnych ochrony zdrowia. W konsekwencji postulaty określone w pkt 1-3 petycji nie zasługują na uwzględnienie.

Odnosząc się do postulatów zawartych w pkt 4-5 petycji, należy wskazać, że zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 141) rozmieszczenie jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne jest określane w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego ustalane jest na podstawie kompleksowej analizy potrzeb zdrowotnych oraz uwarunkowań operacyjnych danego obszaru. W procesie tym uwzględnia się w szczególności liczbę i rodzaj zdarzeń, obciążenie istniejących zespołów ratownictwa medycznego, czasy dotarcia na miejsce zdarzenia, warunki geograficzne, rozmieszczenie ludności, sieć dróg oraz dostępność innych elementów systemu.

Kryteria wskazane w petycji, takie jak powierzchnia gminy, liczba mieszkańców, liczba miejscowości lub osiągnięcie określonej pozycji w rankingu opartym na wybranych wskaźnikach, mogą stanowić jedynie jeden z elementów analizy wykorzystywanej przy

ocenie potrzeb zabezpieczenia operacyjnego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Nie mogą one jednak stanowić samodzielnej ani automatycznej podstawy do tworzenia nowych zespołów ratownictwa medycznego. Część proponowanych wskaźników nie pozostaje bowiem w bezpośrednim związku z rzeczywistym zapotrzebowaniem na medyczne czynności ratunkowe, natomiast część zależy od wielu czynników organizacyjnych i lokalnych uwarunkowań. Należy również zauważyć, że utworzenie dodatkowych zespołów ratownictwa medycznego wymaga każdorazowo zapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych, organizacyjnych oraz finansowych. W związku z powyższym postulaty określone w pkt 4-5 petycji nie mogą zostać uwzględnione.

W odniesieniu do postulatu zawartego w pkt 6 petycji należy wskazać, że zasady funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego, w tym prowadzenia segregacji medycznej pacjentów, określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1646, z późn. zm.). Segregacja medyczna służy ustaleniu priorytetu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiednio do stanu zdrowia pacjenta.

Skale wczesnego ostrzegania, takie jak NEWS, NEWS2 czy MEWS, stanowią narzędzia wspomagające ocenę stanu pacjenta i mogą być wykorzystywane zgodnie z organizacją pracy podmiotu leczniczego oraz aktualną wiedzą medyczną. Obowiązujące przepisy nie przewidują jednak obowiązku jednoczesnego stosowania kilku skal wczesnego ostrzegania w ramach procesu segregacji medycznej. Wybór narzędzi wspomagających ocenę stanu pacjenta należy do organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych i powinien uwzględniać aktualną wiedzę medyczną oraz potrzeby kliniczne. Nie wykazano również, aby obligatoryjne stosowanie wielu skal jednocześnie prowadziło do poprawy skuteczności procesu segregacji medycznej w stopniu uzasadniającym nałożenie dodatkowych obowiązków organizacyjnych na podmioty lecznicze.

Również propozycja dotycząca obowiązkowego dokumentowania kolejnych pomiarów parametrów życiowych pacjenta nie wymaga odrębnej regulacji prawnej. Zakres i częstotliwość prowadzonej obserwacji powinny wynikać ze stanu klinicznego pacjenta, aktualnej wiedzy medycznej oraz decyzji personelu medycznego odpowiedzialnego za udzielanie świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji postulat określony w pkt 6 petycji nie zasługuje na uwzględnienie.

Mając na uwadze przedstawione okoliczności faktyczne i prawne, należy uznać, że postulaty zawarte w petycji nie zasługują na uwzględnienie.

Jednocześnie informuję, że zgodnie z art. 13 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz. U. z 2018 r. poz. 870) sposób załatwienia petycji nie może być przedmiotem skargi.

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