



DLU.055.16.2026.MŁ
Warszawa, 21 lipca 2026



Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani petycję z dnia 25 kwietnia 2026 r. (568/26) w sprawie wyposażenia jednostek medycznych w system AI, transportu sanitarnego oraz spraw rozpatrywanych przez Rzecznika Praw Pacjenta, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

W pierwszej kolejności wskazujemy, że w ramach inwestycji D1.1.2 Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (inwestycja D1.1.2 KPO) z dnia 9 kwietnia 2025 r. zostało podpisane porozumienie pomiędzy Ministerstwem Zdrowia (MZ), a Centrum e-Zdrowia (CeZ) na realizację przedsięwzięcia obejmującego m.in. wdrożenie Platformy Usług Inteligentnych (PUI).

Nadrzędnym celem PUI jest integracja certyfikowanych narzędzi wykorzystujących sztuczną inteligencję, wspomagających procesy diagnostyki obrazowej (RTG, TK, MR) oraz integracja ich z ekosystemem e-zdrowia, tym samym oferująca kompleksowe wsparcie lekarzy w analizie badań profilaktyczno-diagnostycznych, m.in. poprzez:

- automatyczną analizę badań,
- wykrywanie zmian chorobowych,
- priorytetyzację pilnych przypadków,
- skracanie czasu oczekiwania na wyniki.

PUI ma charakter centralny i umożliwia wykorzystanie różnych certyfikowanych modeli AI w jednym środowisku. Jest rozwiązaniem bezpiecznym, skalowalnym oraz wydajnym.

Platforma będzie w pierwszej kolejności dostępna w co najmniej 300 szpitalach należących do sieci szpitali (szpitali zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej), które uzyskały dofinansowanie w ramach rozstrzygnięcia naboru konkurencyjnego ww. inwestycji.

Należy również wskazać, że zgodnie z art. 33a ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 141) do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystuje się system zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, w którym są przetwarzane dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia pacjenta oraz dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwany dalej "TOPSOR".

Jednocześnie jednym z wymagań funkcjonalnych dla systemu TOPSOR użytkowanego w szpitalnym oddziale ratunkowym jest prowadzenie segregacji medycznej w systemie segregacji medycznej, zgodnie z algorytmem Emergency Severity Index (ESI), na co wskazuje § 2 pkt 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1182).

Natomiast zgodnie z przepisem § 6 ust. 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1646) segregację medyczną pacjentów przybywających do SOR, wykonuje pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu, z wykorzystaniem systemu TOPSOR, przez przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia pacjenta i zakwalifikowaniu go do jednej z kategorii pilności, o których mowa w ust. 9.

Zgodnie z powyższym o zakwalifikowaniu pacjenta do właściwej kategorii pilności decyduje triażysta, który jest pracownikiem medycznym z odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem. Na podstawie danych wprowadzonych do systemu, TOPSOR podpowiada, do której kategorii ESI można zakwalifikować pacjenta, jednak ostateczna decyzja należy do osoby wykonującej triaż i opiera się nie tylko na pomiarach parametrów krytycznych, ale również na informacjach uzyskanych podczas wywiadu medycznego oraz ogólnej ocenie stanu zdrowia badanego pacjenta.

Należy też wskazać, że zgodnie z § 6 ust. 14 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, pacjenci SOR pozostają na terenie oddziału pod opieką pielęgniarki systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu i w razie potrzeby poddawani są ponownej ocenie ich stanu klinicznego. Ocena stanu klinicznego dokonywana jest nie rzadziej niż co 90 minut, licząc od chwili pobrania biletu, a jej wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej.

Reasumując, w zakresie przeprowadzania procedury triażu, system TOPSOR już w chwili obecnej podpowiada, do której kategorii ESI można zakwalifikować pacjenta, jednak ostateczna decyzja zawsze należy do triażysty. Na chwilę obecną TOPSOR nie wykorzystuje AI, ale nie można tego wykluczyć w przyszłości – podobnie jak w odniesieniu do innych systemów teleinformatycznych mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Kolejno mając na uwadze treść petycji należy wskazać, że zasady realizacji transportu sanitarnego określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o świadczeniach” oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze.

Zgodnie z art. 41 ust. 1 ustawy o świadczeniach, pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza 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 (np. gdy lekarz podczas wizyty domowej lub w miejscu udzielania świadczeń ambulatoryjnych stwierdza zły stan zdrowia pacjenta i konieczny jest transport do szpitala z wyłączeniem stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia - w takich sytuacjach wzywane jest pogotowie ratunkowe);
- 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia (np. transport pacjenta z jednego szpitala do drugiego celem wykonania np. badań lub kontynuacji leczenia).

Dodatkowo, pacjentowi na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków

transportu publicznego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w celu odbycia leczenia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem (art. 41 ust. 2 ustawy o świadczeniach).

Powyższe oznacza, że aby móc zrealizować transport sanitarny bezpłatnie konieczne jest jednoczesne spełnienie trzech przesłanek:

- 1) wystąpienie dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego;
- 2) realizacja transportu w celu odbycia leczenia i z powrotem (może to być np. przewóz pacjenta z domu do poradni specjalistycznej i z powrotem, przewóz pacjenta z domu do zakładu opiekuńczo-leczniczego, przewóz pacjenta do szpitala i do domu po zakończeniu hospitalizacji);
- 3) transport realizowany jest do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie.

Podkreślenia wymaga, że bezpłatny transport sanitarny wynikający z art. 41 ustawy o świadczeniach przysługuje nie tylko po spełnieniu warunku, o którym mowa w ust. 2 przywołanego przepisu, tj. dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego. Dysfunkcja narządu ruchu stanowi bowiem odrębną przesłankę uprawniającą do bezpłatnego transportu sanitarnego.

Dodatkowo należy wskazać, że rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z danego rodzaju świadczeń (wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach) określają poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach.

Transport sanitarny częściowo płatny jest finansowany w 40% ze środków publicznych, w pozostałych 60% jest finansowany przez pacjenta w ściśle określonych przypadkach chorobowych zawartych m.in. w § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.) - gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Kolejno należy również wskazać, że zgodnie z art. 2 ust. 1 oraz art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37, z późn. zm.), wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. W konsekwencji powyższego to wyłącznie lekarz ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje kwalifikacji pacjenta do transportu sanitarnego właściwego do stanu zdrowia pacjenta, a także wybrania odpowiedniego poziomu odpłatności za realizację tego transportu. Podkreślenia wymaga, że zlecenie transportu sanitarnego wymaga uprzednio m.in. dokonania oceny stanu zdrowia pacjenta, tj. czy spełnione zostały przesłanki wynikające z przepisów ustawy o świadczeniach lub aktów wydanych na jej podstawie, uwzględnienia wskazań medycznych do transportu w odniesieniu do składu osobowego transportu, a także wybrania odpowiedniego poziomu odpłatności za realizację tego transportu. Kolejno mając na uwadze pkt 3 petycji należy wskazać, że zgodnie z ustawą z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342 z późn. zm.) sprawowanie pieczy nad

należytych wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty oraz ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie należą do ustawowych zadań samorządu lekarskiego, powołanego zgodnie z dyspozycją art. 17 ust. 1 Konstytucji RP. Stąd też nie byłoby uzasadnione przekazanie ww. kompetencji Rzecznikowi Praw Pacjenta.

Odnosnie do pozostałych postulatów należy zauważyć, że Rzecznik może realizować czynności mieszczące się w ich zakresie już w ramach swoich obecnych kompetencji, określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 poz. 581, z późn. zm.).

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Karaszewski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/