



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Dialogu Społecznego

DSZ.055.7.2026.JP
Warszawa, 28 sierpnia 2026

w odpowiedzi na petycję nr 953/26 z dnia 18 czerwca 2026 r. uprzejmie przedstawiam następujące stanowisko.

Ad 1. Uprawnienia Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta do reagowania na nieprawidłowości określają obowiązujące przepisy. Wyniki prowadzonych kontroli i postępowań mogą być uwzględniane przez właściwe organy przy ocenie sposobu zarządzania podmiotem leczniczym.

Decyzje personalne dotyczące kierownika podmiotu leczniczego podejmuje podmiot albo organ uprawniony do jego zatrudnienia, powołania lub odwołania, na zasadach określonych w przepisach prawa. Zastosowanie konsekwencji personalnych wymaga indywidualnej oceny okoliczności sprawy oraz ustalenia odpowiedzialności określonej osoby. Nie powinno ono zatem następować automatycznie wskutek samego stwierdzenia nieprawidłowości.

Ad 2. Zgodnie z art. 55 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.), w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta Rzecznik Praw Pacjenta może, z urzędu lub na wniosek strony, żądać wszczęcia postępowania albo brać udział w toczącym się postępowaniu, na prawach przysługujących prokuratorowi. Nie oznacza to jednak, że Rzecznik jest prokuratorem ani że samodzielnie rozstrzyga o roszczeniach cywilnoprawnych pacjenta.

Orzekanie o obowiązku naprawienia szkody oraz o wysokości odszkodowania, zadośćuczynienia lub renty należy co do zasady do właściwości sądów powszechnych. Przyznanie Rzecznikowi Praw Pacjenta kompetencji do jednoczesnego stwierdzania naruszenia praw pacjenta i rozstrzygania o wynikających z tego naruszenia roszczeniach pieniężnych prowadziłoby do połączenia funkcji organu prowadzącego postępowanie wyjaśniające z funkcją organu orzekającego w sporze cywilnym. Rozwiązanie takie wymagałoby zasadniczej zmiany obecnego modelu dochodzenia roszczeń oraz zapewnienia stronom odpowiednich gwarancji proceduralnych, w tym prawa do bezstronnego rozpoznania sprawy, przedstawiania dowodów i zaskarżenia rozstrzygnięcia.

Jednocześnie obowiązujące przepisy przewidują pozasądowy system przyznawania świadczeń kompensacyjnych za określone zdarzenia medyczne. W ramach Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych Rzecznik Praw Pacjenta rozstrzyga w drodze decyzji o przyznaniu świadczenia kompensacyjnego. Mechanizm ten ma ustawowo

określony zakres i nie jest tożsamy z orzekaniem o odszkodowaniu, zadośćuczynieniu lub rencie na zasadach prawa cywilnego.

Mając na uwadze istniejące instrumenty ochrony praw pacjenta oraz konieczność zapewnienia odpowiednich gwarancji proceduralnych przy rozstrzyganiu roszczeń cywilnoprawnych, postulat utworzenia sądu przy Rzeczniku Praw Pacjenta albo przyznania Rzecznikowi ogólnej kompetencji do orzekania o odszkodowaniu, zadośćuczynieniu i rencie nie znajduje uzasadnienia.

Ad 3. Dostęp do informacji o wolnych miejscach szpitalnych na potrzeby systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego ma być zapewniony za pośrednictwem Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (EPS). System ma umożliwiać monitorowanie w czasie rzeczywistym potencjału usługodawców, w szczególności dostępnej bazy łóżkowej, personelu medycznego, wyrobów medycznych, zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej i gazy medyczne, a także stanu infrastruktury i występujących awarii. Informacje te mają wspierać właściwy proces decyzyjny, w tym w sytuacjach kryzysowych.

Obecnie na stronie pacjent.gov.pl udostępniane są informacje o liczbie osób oczekujących na pierwszy kontakt z lekarzem w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz o przewidywanym czasie oczekiwania. Dyspozytorzy medyczni dysponują ponadto informacjami o całkowitej liczbie pacjentów przebywających w SOR, a także danymi dotyczącymi liczby zespołów ratownictwa medycznego oczekujących na przyjęcie w poszczególnych szpitalach, czasu oczekiwania oraz aktualnego statusu zespołu. Dane te mogą być wykorzystywane przy zarządzaniu ruchem zespołów i kierowaniu ich do mniej obciążonych placówek.

Przedstawiony w petycji cel usprawnienia dostępu do informacji o możliwości przyjęcia pacjenta jest zatem uwzględniany w działaniach związanych z rozwojem narzędzi informatycznych wspierających system Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Ad 4. Minimalne warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym warunki dotyczące personelu, pomieszczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określają rozporządzenia wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zapewnienie świadczeń intensywnej terapii wymaga spełnienia wszystkich określonych prawem warunków organizacyjnych, lokalowych, kadrowych i sprzętowych. Samo dostawienie łóżka albo wyposażenie sali w kardiomonitor, respirator, pompy infuzyjne i dostęp do gazów medycznych nie jest wystarczające do zapewnienia bezpieczeństwa odpowiadającego świadczeniom intensywnej terapii.

W przypadku przedstawienia przez konsultantów krajowych we właściwych dziedzinach medycyny wniosków dotyczących zmiany obowiązujących warunków realizacji świadczeń wnioski te zostaną rozważone.

Ad 5. Czas przeniesienia pacjenta do innego oddziału lub szpitala zależy od jego stanu klinicznego, konieczności odpowiedniego zabezpieczenia na czas transportu, dostępności właściwego środka transportu, odległości od placówki docelowej oraz możliwości przyjęcia pacjenta przez tę placówkę.

Podstawowym kryterium postępowania powinno pozostawać bezpieczeństwo pacjenta oraz zapewnienie ciągłości procesu diagnostyczno-leczniczego. Wprowadzenie jednolitego, nieprzekraczalnego terminu jednej godziny nie uwzględniałoby zróżnicowanych okoliczności klinicznych i organizacyjnych. Z tego względu postulat nie znajduje uzasadnienia w przedstawionym kształcie.

Ad 6. Odnosząc się do postulatu dotyczącego wyposażenia wszystkich centrów urazowych oraz szpitali posiadających szpitalny oddział ratunkowy w rezonans otwarty oraz skaner kończyn, należy wskazać, że centrum urazowe jest zobowiązane do zapewnienia dostępu do sprzętu i aparatury medycznej umożliwiających całodobowe i niezwłoczne wykonywanie

badan diagnostycznych, bez konieczności przewożenia pacjenta urazowego specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego, w tym dostępu do rezonansu magnetycznego. Obowiązujące przepisy nie określają jednak konkretnego rodzaju ani parametrów urządzenia, pozostawiając ich dobór podmiotowi leczniczemu, stosownie do jego potrzeb i zakresu udzielanych świadczeń.

Odnosząc się do propozycji wprowadzenia dodatkowej składki lub opłaty przeznaczonej na sfinansowanie zakupu wskazanej aparatury, należy zauważyć, że obowiązujący system finansowania ochrony zdrowia opiera się na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, którego podstawowym źródłem finansowania są składki na ubezpieczenie zdrowotne. Środki te służą finansowaniu całego katalogu świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z zasadą solidarności społecznej i równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia brak jest obecnie uzasadnienia dla zwiększenia wysokości składki zdrowotnej lub utworzenia odrębnej składki celowej przeznaczonej na finansowanie konkretnego rodzaju aparatury medycznej. Finansowanie inwestycji w infrastrukturę i wyposażenie podmiotów leczniczych powinno odbywać się w ramach istniejących mechanizmów, w szczególności ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, budżetu państwa, Funduszu Medycznego oraz innych przeznaczonych do tego instrumentów wsparcia.

Z tego względu proponowany mechanizm finansowania nie znajduje uzasadnienia.

Ad 7. Zgodnie z art. 15 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.) świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Osobą posiadającą kompetencje do ukierunkowania procesu diagnostyczno-leczniczego pacjenta, w tym kierowania go na niezbędne badania diagnostyczne, jest lekarz. 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.) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Lekarz dokonuje indywidualnej oceny stanu zdrowia pacjenta i decyduje o konieczności wykonania określonych badań. O ich zakresie i częstotliwości decydują wskazania medyczne oraz warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego.

Zgodnie z § 4 ust. 1 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.), w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne określone w części IV, IVa i VI załącznika nr 1 oraz w ramach opieki koordynowanej, w załączniku nr 6 do rozporządzenia.

Wprowadzenie obowiązku wykonywania wskazanego w petycji zestawu badań przed każdą wizytą, niezależnie od aktualnego stanu pacjenta, przebiegu choroby, celu wizyty oraz wyników wcześniejszych badań, mogłoby prowadzić do wykonywania badań bez indywidualnych wskazań medycznych. Z tego względu postulat nie znajduje uzasadnienia w przedstawionym kształcie.

Jednocześnie zagadnienia dotyczące usprawnienia wymiany informacji o dostępności miejsc szpitalnych oraz organizacji udzielania świadczeń są uwzględniane w działaniach podejmowanych na rzecz rozwoju systemu ochrony zdrowia.

Z wyrazami szacunku

Jakub Bydłoń

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/