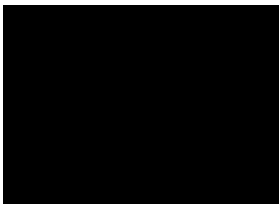




DBR.055.39.2025.MK
Warszawa, 30 września 2025



działając na podstawie art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz. U. z 2018 r. poz. 870), po rozpatrzeniu petycji nr [REDACTED] z dnia 13 lipca br., w sprawie zabezpieczenia potrzeb pacjentów wypisywanych ze szpitalnego oddziału ratunkowego w nocy lub w weekendy, niniejszym przedkładam **zawiadomienie o sposobie jej rozpatrzenia**.

W pierwszej kolejności pragnę wskazać, że jedynym wyznacznikiem długości hospitalizacji pacjenta jest jego stan zdrowia. W przypadku, w którym pacjent nie wymaga dalszej diagnostyki/ leczenia w trybie całodobowym, jest wypisywany ze szpitala (w tym z izby przyjęć (IP), czy szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). Zatem nie można uzależniać długości pobytu pacjenta w IP/SOR od indywidualnych możliwości pacjenta przemieszczenia się pomiędzy szpitalem a miejscem jego zamieszkania.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz.U. z 2022 r. poz. 402), w skład IP wchodzi m.in. punkt rejestracji pacjentów i **poczekalnia**. Tym samym zapewnione jest miejsce, w którym pacjent po zakończeniu hospitalizacji może oczekiwać na przyjazd rodziny lub środek transportu zbiorowego.

Szpitalny oddział ratunkowy, o którym mowa w art. 3 pkt 9 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U. z 2025 r. poz. 91 z późn. zm.), w zakresie nieuregulowanym w przepisach wydanych na podstawie art. 34 tej ustawy, spełnia także wymagania określone w załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (§ 3 ust. 4 ww. rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą).

Niezależnie od powyższego podkreślić należy, że system opieki zdrowotnej zapewnia realizację transportu sanitarnego pacjentów, którzy z uwagi na swój stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają przewozu specjalistycznymi środkami transportu.

Pacjentowi na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarza udzielającego pacjentowi świadczenia w ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia

(NFZ)), 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) - zwanej dalej „ustawą”).

Tym samym, aby móc zrealizować bezpłatny transport sanitarny do domu po zakończeniu hospitalizacji musi u pacjenta wystąpić dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego.

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

Transport sanitarny częściowo płatny jest finansowany w 40% ze środków publicznych, w pozostałych 60% jest finansowany przez pacjenta w ściśle określonych przypadkach chorobowych określonych m.in w § 4 ww. rozporządzenia, tj. w przypadku:

1. chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
 2. chorób nowotworowych,
 3. chorób oczu,
 4. chorób przemiany materii,
 5. chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
 6. chorób skóry i tkanki podskórnej,
 7. chorób układu krążenia,
 8. chorób układu moczowo-płciowego,
 9. chorób układu nerwowego,
 10. chorób układu oddechowego,
 11. chorób układu ruchu,
 12. chorób układu trawiennego,
 13. chorób układu wydzielania wewnętrznego,
 14. chorób zakaźnych i pasożytniczych,
 15. urazów i zatruc,
 16. wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych
- tylko wtedy, gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że pacjent (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.

Reasumując, przekazana przez [REDAKTOR] petycja nie znajduje uzasadnienia i Ministerstwo Zdrowia nie może jej uwzględnić.

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/