



Rzecznik Praw Pacjenta



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYNY RODZINNEJ



PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ A ZASADY PRZYJĘĆ W PRZYCHODNI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (POZ)

*Rekomendacje Rzecznika Praw Pacjenta
dla świadczeniodawców POZ, przygotowane
we współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny
Rodzinnej oraz Porozumieniem Zielonogórskim
Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia*

REDAKCJA:

Marta Puścion, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Maria Jessa-Jabłońska, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej

AUTORZY:

Justyna Ledwoch, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

Jakub Adamski, Dyrektor zarządzający w Okręgowej Izbie Lekarskiej, Warszawa

Aleksander Biesiada, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

Adam Boruch, specjalista medycyny rodzinnej, MBA w ochronie zdrowia. Podlaski

Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, Ośrodek Zdrowia sp. z o.o.

Adam Kędziora, Kierownik przychodni K+MED sp. z o. o.

Wojciech Łątka Specjalista ds. opieki koordynowanej i profilaktyki w POZ

Marta Machnik Specjalista ds. opieki koordynowanej i profilaktyki w POZ

Mariola Pietrzak, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

Joanna Szeląg; specjalista medycyny rodzinnej, NZOZ Lekarz Rodzinny Joanna M.Szeląg
Sp. z o.o.

Tomasz Zieliński, "POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE" Federacja Związków Pracodawców
Ochrony Zdrowia

ZESPÓŁ KONSULTUJĄCY:

Agata Sławin, Andrzej Zapaśnik, Katarzyna Reczek, Łukasz Reczek, Krzysztof Bejnar,

Magdalena Kędziora, Aleksandra Stawińska-Bednarek, Mariusz Torzewik, Natalia Nikitina

SPIS TREŚCI

SKRÓTY	5
WSTĘP	6
1. RAMY PRAWNE	9
2. TRIAGE W POZ	12
2.1. Dlaczego warto wprowadzić procedurę triage do POZ?	13
2.2. Dane na temat funkcjonowania triage w ramach POZ	14
2.3. Zadania POZ	14
2.4. Proponowane przygotowania organizacyjne do wdrożenia triage	15
3. PROCEDURA TRIAGE W POZ	19
3.1. Cel triage	20
3.2. Schemat procedury triage	20
3.3. Triage wykonywany przez pracownika rejestracji	21
3.4. Triage pogłębiony realizowany przez pielęgniarkę lub położną	22
4. NOWOCZESNE ROZWIĄZANIA AUTOMATYZUJĄCE TRIAGE W POZ	24

PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ

WYKAZ SKRÓTÓW

WYKAZ SKRÓTÓW

SKRÓT	ROZWINIĘCIE
AI Act	Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z dnia 13 czerwca 2024 r. (akt w sprawie sztucznej inteligencji) (Dz. Urz. UE L, 2024/1689 z 12.07.2024)
ChUK	Profilaktyka chorób układu krążenia
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
IPOM	Indywidualny Plan Opieki Medycznej
MDR	rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych (...) (Dz. Urz. UE L 117 z 5.05.2017, s. 1 z późn. zm.)
MZ-bzod	„Moje Zdrowie” – bilans zdrowia osoby dorosłej
OK	Opieka koordynowana
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
UDL	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2026 poz. 156 z późn. zm.)
UWM	ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz.U. 2024 poz. 1620 z późn. zm.)
UPP	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. 2024 poz. 581 z późn. zm.)

PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ

WSTĘP

WSTĘP

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest filarem ochrony zdrowia. Jest pierwszym i często jedynym punktem kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia. Celem organizacji przyjęć w POZ jest udzielenie świadczenia w terminie i formie adekwatnych do potrzeb zdrowotnych pacjenta w zakresie świadczeń gwarantowanych w POZ. Rekomenduje się dobór rozwiązań organizacyjnych do potrzeb populacji, kompetencji zespołu oraz dostępnych zasobów z zachowaniem obowiązków wynikających z przepisów.

Personel podmiotów leczniczych dba o bezpieczeństwo pacjenta poprzez działanie zgodne z aktualną wiedzą, należyłą starannością oraz zasadami etyki zawodowej. Jednocześnie istotnym aspektem sprawowania opieki jest terminowość i adekwatność udzielanych świadczeń do potrzeb pacjenta. Dostęp do świadczeń warunkowany jest przede wszystkim jego stanem zdrowia.

Personel podmiotu leczniczego na podstawie zebranych informacji powinien wskazać, kiedy i jakie świadczenia zostaną udzielone pacjentowi. W przypadku personelu wykonującego zawód medyczny decyzja o terminie i formie udzielania świadczenia powinna odbywać się w oparciu o zasady (schemat/algorytm) przyjęte w danym POZ oraz na podstawie wiedzy medycznej. W przypadku personelu niewykonującego zawodu medycznego decyzja ta powinna opierać się o schemat/algorytm rejestracji, przyjęty w danym POZ.

W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczenie lekarza POZ jest udzielane w dniu zgłoszenia, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy. W pozostałych przypadkach termin uzgadniany jest z pacjentem. Zarządzający przychodniami POZ są odpowiedzialni za organizację rejestracji w sposób przejrzysty i obiektywny, oparty na kryteriach medycznych i pozwalający na realizację potrzeb pacjentów. W określaniu priorytetu wizyt szczególną rolę może pełnić triage, którego celem jest uporządkowanie dostępu do świadczeń według potrzeb zdrowotnych w czasie funkcjonowania placówki POZ.

Znajduje to odzwierciedlenie w art. 6 ust. 2 UPP, zgodnie z którym pacjent, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, ma prawo **do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.**

Szczególne miejsce POZ w systemie ochrony zdrowia określa ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (tj. Dz.U. 2025 poz. 515 z późn. zm.). Zgodnie z art. 2 ustawy POZ stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których znajduje się on w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z kolei art. 3 określa cele POZ. Ustawodawca wymienił wśród nich nie tylko zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną oraz koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia, ale także „ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką” wraz z wdrażaniem działań profilaktycznych (art. 3 pkt 3). Rola POZ nie ogranicza się więc do reagowania na kolejne zgłoszenia pojedynczych pacjentów. Obejmuje ona również świadome zarządzanie zdrowiem całej populacji objętej opieką placówki, a więc rozstrzyganie, kto, kiedy i w jakiej formie powinien otrzymać świadczenie.

Ustawowy obowiązek ustalania priorytetów zdrowotnych bezpośrednio przekłada się na codzienną organizację pracy przychodni. Zasoby POZ są ograniczone, a do jej celów należy również rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego (art. 3 pkt 4), zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia, dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa (art. 3 pkt 5) oraz edukacja świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie (art. 3 pkt 6).

Placówka POZ powinna dysponować mechanizmem porządkującym dostęp do świadczeń według kryteriów medycznych. Takie rozwiązanie wspiera pierwszeństwo wynikające z pilności medycznej, ciągłość opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi oraz planowanie profilaktyki. Jednym z możliwych narzędzi jest triage, uzupełniony o koordynację opieki oraz świadczenia udzielane samodzielnie przez pielęgniarki, położne i innych członków zespołu POZ. Rejestracja oparta na jasnych regułach priorytetyzacji nie jest zatem wyłącznie narzędziem organizacyjnym. Jest sposobem realizacji ustawowych celów POZ, który pozwala odejść od zasady „kto pierwszy, ten lepszy” na rzecz modelu, w którym o kolejności dostępu decyduje rzeczywista potrzeba zdrowotna.

Ważnym elementem skutecznej organizacji POZ jest pełne wykorzystanie kompetencji wszystkich członków zespołu, nie tylko lekarzy. Kluczową rolę w tym procesie odgrywają również pielęgniarki, położne oraz koordynatorzy, którzy, działając w ramach swoich uprawnień, mogą znacząco usprawnić proces przyjmowania pacjentów i opiekę nad nimi. Pielęgniarka, w ramach posiadanych kwalifikacji i kompetencji zawodowych, może uczestniczyć w procesie triage, aby pogłębić realizowaną procedurę rejestracji pacjenta o informacje wpływające na ten proces. Jednocześnie posiada ustawowe uprawnienia do samodzielnego udzielania określonych świadczeń diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych i pielęgnacyjnych. Podobnie zaangażowanie koordynatorów pracujących w POZ może przynieść wymierne korzyści. W ramach posiadanych kompetencji ułatwiają oni pacjentowi poruszanie się w systemie, zapewniają ciągłość opieki i profilaktyki oraz wspierają proces komunikacji między nim a personelem medycznym.

Dobrze zaplanowany podział ról i obowiązków, oparty na jasno określonych kompetencjach, wzmacnia bezpieczeństwo pacjenta, skraca czas oczekiwania na pomoc i umożliwia bardziej spersonalizowane podejście do opieki nad nim. W pełni wykorzystany potencjał wszystkich pracowników ochrony zdrowia będzie stanowił fundament efektywnego triage oraz sprawiedliwego i równego dostępu do świadczeń w POZ.

Celem niniejszego dokumentu jest wsparcie placówek POZ w prowadzeniu efektywnej rejestracji na wizyty i zapewnieniu odpowiedniej dostępności świadczeń dla pacjentów, dzięki procedurze triage.

Rekomendacje przedstawiają możliwe sposoby realizacji przyjęć. Nie istnieje jeden obowiązkowy model triage. Świadczeniodawca powinien dostosować model do wielkości placówki, potrzeb populacji oraz zasobów zespołu.

¹ Art. 6 ust. 1 UPP.

² Art. 6 ust. 2 UPP.

³ Art. 7 ust. 1 i 2 UPP.

PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ

1. RAMY PRAWNE

1. RAMY PRAWNE

Podstawowym prawem pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych. Jego istotą jest podejmowanie działań mających na celu poprawę, ratowanie oraz przywracanie jego stanu zdrowia. Prawo to stanowi rozwinięcie konstytucyjnej gwarancji ochrony zdrowia i zapewnienia obywatelom, bez względu na ich sytuację materialną, równego dostępu do opieki finansowanej ze środków publicznych (Art. 68 Konstytucji RP). Uprawnienie to ma charakter złożony. Obejmuje między innymi prawo do świadczeń udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną¹. Składa się na nie również gwarancja istnienia jasnej, obiektywnej i opartej na kryteriach medycznych procedury ustalania kolejności dostępu w przypadku ograniczonej dostępności usług². W sytuacjach nagłych, gdy zagrożone jest zdrowie lub życie, pacjent ma prawo do natychmiastowej pomocy³. Dotyczy to także kobiet rodzących, które mogą żądać niezwłocznego udzielenia świadczeń związanych z porodem.

ART. 6 UST. 2 UPP STANOWI PODSTAWĘ WDROŻENIA PROCEDURY TRIAGE W POZ

Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

Przy niedoborze zasobów finansowych czy kadrowych obowiązywać musi przejrzysty system kwalifikacji, w którym decydujące są przesłanki medyczne, a nie subiektywne oczekiwania pacjenta. Obowiązujące przepisy nie wskazują, że pacjent zawsze otrzyma świadczenie natychmiastowo, czy też otrzyma każde świadczenie wyłącznie na własne żądanie. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta, świadczenie lekarza POZ jest udzielane w dniu zgłoszenia, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy. W pozostałych przypadkach świadczenie jest udzielane w terminie uzgodnionym z pacjentem⁴.

W sytuacjach wątpliwych o konieczności realizacji świadczenia zdrowotnego może zdecydować jedynie personel medyczny, a nie pracownik rejestracji. Nie oznacza to jednak, że pracownik rejestracji nie może przetwarzać informacji o stanie zdrowia pacjenta – jeżeli został do tego upoważniony przez kierującego podmiotem leczniczym.⁵ Może on działać w oparciu o uzyskane informacje, realizując wypracowane algorytmy postępowania (takie jak opisane w niniejszym dokumencie). Nie może jednak podejmować decyzji klinicznych.

WYZWANIA Z PERSPEKTYWY RZECZNIKA PRAW PACJENTA

POZ będzie często pierwszym miejscem, w którym pacjentowi zostanie udzielone świadczenie zdrowotne w systemie ochrony zdrowia, co istotnie determinuje postrzeganie całego tego systemu. Na realizację prawa pacjenta kluczowy wpływ mają już pracownicy rejestracji, gdyż pracują w miejscu jego pierwszego kontaktu z systemem ochrony zdrowia. To oni, niejako na pierwszej linii, rozpoczynają opiekę zorientowaną na pacjenta, jego rodzinę i ich społeczność lokalną. Od ich sprawności i skuteczności w znacznym stopniu zależy efektywność przestrzegania praw pacjenta w POZ.

¹ Art. 6 ust. 1 UPP.

² Art. 6 ust. 2 UPP.

³ Art. 7 ust. 1 i 2 UPP.

⁴ Cz. I ust. 2 pkt 3, Zał. nr 1, Wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji; Cz. II ust. 1 pkt 2, Zał. nr 2 Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.).

⁵ Art. 24 ust. 2 UPP.

Zgłoszenia napływające do Rzecznika Praw Pacjenta dotyczą często prawa do świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do dostępności do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jak i do samych świadczeń zdrowotnych. W 2025 r. pacjenci odbyli prawie 181,5 mln wizyt u lekarza POZ. Pacjenci odbyli również prawie 14,5 mln wizyt w formie teleporady, co stanowiło prawie 8% wszystkich wizyt⁶.

Jednym z kryteriów, istotnym dla oceny dostępności, jest możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych – szczególnie tych podstawowych – blisko miejsca zamieszkania. Znacząca większość pacjentów ma dostęp do placówek POZ w swojej gminie. W 2025 r. w 60 z 2479 gmin w Polsce nie było żadnej placówki świadczącej usługi z zakresu POZ⁷. Oznacza to znaczący wzrost liczby gmin (o 42 gminy), w których nie ma żadnej placówki POZ w porównaniu do roku ubiegłego. Skutkuje to ograniczonym dostępem do lekarza POZ dla mieszkańców tych gmin.

W 2025 r. sygnały dotyczące dostępności do świadczeń medycznych stanowiły prawie 32% wszystkich dotyczących prawa do świadczeń zdrowotnych. Problemy związane z dostępnością w obszarze POZ stanowiły 21% wszystkich sygnałów napływających do Rzecznika, dotyczących dostępności w obrębie prawa do świadczeń w tym okresie⁸. Problemem, z którym pacjenci spotykają się najczęściej, jest odmowa przyjęcia albo ustalenie odległego terminu wizyty, co może być sprzeczne z prawem pacjenta do uzyskania świadczeń, gdy konieczna jest pilna interwencja medyczna. Istotnym zagadnieniem jest ograniczony dostęp do samej rejestracji. Często kontakt telefoniczny bywa utrudniony z powodu przeciążenia linii, zbyt małej liczby pracowników obsługujących pacjentów lub wąsko określonych godzin rejestracji. Brak alternatywnych form zapisu – takich jak rejestracja online czy bezpośrednio w placówce – w praktyce może ograniczać prawo pacjenta do korzystania ze świadczeń.

Te trudności przekładają się na opóźnienie w uzyskaniu świadczenia, ryzyko pogorszenia stanu zdrowia, a także poczucie naruszenia podstawowych praw pacjenta. Długofalowym skutkiem takich doświadczeń może być obniżenie zaufania do instytucji ochrony zdrowia, co w perspektywie systemowej osłabia skuteczność działań profilaktycznych i leczniczych. Właśnie dlatego Rzecznik widzi potrzebę wprowadzenia dodatkowych wytycznych opisanych w tych rekomendacjach. Ich celem jest uporządkowanie porad w taki sposób, by w sytuacji konieczności kolejgowania świadczeń pacjent otrzymywał je najwcześniej jak to możliwe, a drogą do tego było prawidłowe ustalenie kategorii problemu z jakim się zgłasza.

⁶ Pismo Prezesa NFZ z dnia 26 lutego 2026 r., znak sprawy: NFZ-BPPil.660.1.2026.101625.ANS.

⁷ Tamże.

⁸ Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w roku 2025.

PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ

2. TRIAGE W POZ

2. TRIAGE W POZ

Triage czyli **system segregacji medycznej** to procedura stosowana pierwotnie w medycynie ratunkowej, umożliwiająca służbom medycznym ustalenie kolejności udzielania pomocy rannym w wypadku masowym w zależności od stopnia obrażeń oraz rokowania. Jest to sposób kategoryzowania sytuacji klinicznej pacjentów w zależności od ich stanu zdrowia i podejmowanie decyzji o kolejności udzielenia im pomocy medycznej na podstawie tej kategoryzacji. W ramach POZ również istnieje możliwość adaptacji i implementacji procedury triage.

2.1. DLACZEGO WARTO WPROWADZIĆ PROCEDURĘ TRIAGE DO POZ?

Wprowadzenie procedury triage do POZ można uzasadnić przede wszystkim potrzebą uporządkowania procesu przyjmowania pacjentów i zapewnienia im świadczeń zgodnie z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi. Obecnie jednym z głównych wyzwań w POZ jest właściwe ustalenie, którzy pacjenci wymagają pomocy w dniu zgłoszenia, a którzy mogą bezpiecznie oczekiwać na planową wizytę.

Wprowadzenie triage do POZ może pomóc w:

- poprawie dostępu do świadczeń POZ w ramach czytelnych procedur (każdy pacjent otrzymuje termin wizyty na tych samych zasadach);
- poprawie jakości świadczeń;
- umożliwieniu dostępu do świadczeń w dniu zgłoszenia tym pacjentom, którzy tego wymagają ze względu na stan zdrowia;
- efektywnym wykorzystaniu czasu pracy personelu medycznego;
- zmniejszeniu obciążenia lekarza POZ, zwiększeniu jego/jej zasobów czasowych na opiekę nad pacjentami, którzy wymagają większego zaangażowania czasowego.

Kategoryzacja pilności wizyt w poradni lekarza POZ oraz uzależnienie oczekiwania na termin wizyty w zależności od problemu medycznego z jakim zgłasza się pacjent jest jednym ze Standardów Akredytacyjnych opracowanych przez CMJ⁹. Wyzwania, jakie stoją przed zarządzającym placówką POZ w celu zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych zgodnie z ich potrzebami zdrowotnymi, wymagają wykorzystania potencjału wszystkich członków personelu POZ.

Odwołanie do Standardów Akredytacyjnych stanowi kontekst jakościowy. Przedstawione poniżej rozwiązania organizacyjne są propozycjami do dostosowania, a nie katalogiem obowiązków każdej placówki.

⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. MZ z 2024 r., poz. 145)

¹⁰ De Castro, M., Triage Principles and Tools for General Practice, HotDoc, październik 2020, <https://practices.hotdoc.com.au/wp-content/uploads/2020/10/201007-Triage-in-General-Practice-Handout.pdf> (dostęp: 03.09.2026 r.)

¹¹ Care navigation and triage in general practice, British Medical Association, <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/management-workload/care-navigation-and-triage-in-general-practice> (dostęp: 03.09.2026r.)

¹² Gelin, M., Cesar, B., Källberg, A-S. et al. Introducing a triage and Nurse on Call model in primary health care – a focus group study of health care staff's experiences. BMC Health Serv Res 23, 1299 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10300-5>

2.2. DANE NA TEMAT FUNKCJONOWANIA TRIAGE W RAMACH POZ

Triage wykorzystywany jest w POZ w takich krajach jak: Australia¹⁰, Wielka Brytania¹¹, Szwecja¹². W części krajów wprowadzenie procedury triage do POZ było związane z pandemią COVID-19 i potrzebą reorganizacji dotychczas istniejących schematów opieki. Opisy procedury triage opublikowały m.in. British Medical Association¹³ i NHS England¹⁴.

Powstały również narzędzia wspomagające placówki POZ w realizacji triage:

- The General Practice Triage System (Australia)¹⁵
- Triage in General Practice (Australia)¹⁶

2.3. ZADANIA POZ

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce w ostatnich latach intensywnie się rozwija i zmienia. Wprowadzane są nowe rozwiązania, takie jak opieka koordynowana czy nowe świadczenia profilaktyczne („Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”). Jednocześnie zespół osób pracujący w POZ rozszerza się (koordynator, dietetyk, profilaktyk).

Niezależnie od tego POZ i medycyna rodzinna opierają się na wieloaspektowym podejściu do opieki nad pacjentami na każdym etapie ich życia. POZ to nie tylko działania podejmowane w przypadku chorób, ale również profilaktyka (szczepienia, bilanse dzieci i osób dorosłych) oraz edukacja.

Sprawnemu funkcjonowaniu POZ sprzyja jasny podział zadań. Rekomenduje się ustalenie ról odpowiednio do kompetencji i organizacji danej placówki. Każda osoba wnosi istotny wkład w proces opieki nad pacjentem – od pierwszego kontaktu z placówką, przez ocenę pilności zgłoszenia, aż po diagnostykę, leczenie i koordynację dalszych działań. Poniższe zestawienie przedstawia role personelu POZ oraz udział pracowników w procedurze triage, podkreślając znaczenie współpracy interdyscyplinarnej dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i efektywnego wykorzystania zasobów.

¹⁰ De Castro, M., Triage Principles and Tools for General Practice, HotDoc, październik 2020, <https://practices.hotdoc.com.au/wp-content/uploads/2020/10/201007-Triage-in-General-Practice-Handout.pdf> (dostęp: 03.09.2026 r.)

¹¹ Care navigation and triage in general practice, British Medical Association, <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/managing-workload/care-navigation-and-triage-in-general-practice> (dostęp: 03.09.2026r.)

¹² Gelin, M., Cesar, B., Källberg, A-S. et al. Introducing a triage and Nurse on Call model in primary health care – a focus group study of health care staff's experiences. BMC Health Serv Res 23, 1299 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10300-5>

¹³ Care navigation and triage in general practice, British Medical Association, <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/managing-workload/care-navigation-and-triage-in-general-practice> (dostęp: 03.09.2026r.)

¹⁴ How to align capacity with demand in general practice, NHS England, maj 2024, <https://www.england.nhs.uk/long-read/how-to-align-capacity-with-demand-in-general-practice/> (dostęp: 03.09.2026r.)

¹⁵ General Practice Triage System, Medics for Life, <https://www.gptriage.info/contact-flowchart.html> (dostęp: 03.09.2026 r.)

¹⁶ De Castro, M., Triage Principles and Tools for General Practice, HotDoc, październik 2020, <https://practices.hotdoc.com.au/wp-content/uploads/2020/10/201007-Triage-in-General-Practice-Handout.pdf> (dostęp: 03.09.2026 r.)

Tabela 1: Role pracowników POZ

CZŁONEK PERSONELU	ROLA W TRIAGE W POZ
Pracownik rejestracji <i>zwykle osoba niewykonująca zawodu medycznego (przy czym rolę pracownika rejestracji może pełnić osoba wykonująca zawód medyczny np. pielęgniarka lub położna)</i>	Pracownik rejestracji przeprowadza pierwszy etap triage. Zadaje pytania o powód wizyty i ustala kategorię pilności według z góry określonego przez placówkę POZ schematu (algorytmu) postępowania. W razie wątpliwości korzysta ze wsparcia pielęgniarki lub położnej (kolejny etap triage).
Koordynator POZ <i>zwykle osoba niewykonująca zawodu medycznego (przy czym rolę koordynatora może również pełnić osoba wykonująca zawód medyczny)</i>	Koordynator może wspierać rejestrację poprzez umawianie świadczeń planowych i przekazywanie informacji zgodnie z powierzonymi zadaniami. Pełnienie funkcji koordynatora samo w sobie nie uprawnia do oceny klinicznej stanu zdrowia pacjenta.
Pielęgniarka POZ <i>osoba wykonująca zawód medyczny</i>	Pielęgniarka może wspierać rejestrację w sytuacjach wątpliwych. Jest w stanie precyzyjnie określić potrzeby zdrowotne i wskazać właściwy sposób realizowania poradnictwa.
Położna POZ <i>osoba wykonująca zawód medyczny</i>	Położna może wspierać rejestrację w sytuacjach wątpliwych. Jest w stanie precyzyjnie określić potrzeby zdrowotne i wskazać właściwy sposób realizowania poradnictwa.
Lekarz POZ <i>osoba wykonująca zawód medyczny</i>	Model nie przewiduje udziału lekarza POZ w procedurze triage.

2.4. PROPONOWANE PRZYGOTOWANIA ORGANIZACYJNE DO WDROŻENIA TRIAGE

Przed wdrożeniem triage warto ocenić, które z obecnych rozwiązań spełniają już jego cele, a które warto uzupełnić. Proponowane obszary przeglądu obejmują:

- zakres obowiązków personelu w związku z procedurą triage;
- zasady rejestracji pacjentów;
- harmonogram umożliwiający przyjęcia zgodnie z potrzebami zdrowotnymi, w tym świadczenia w dniu zgłoszenia oraz świadczenia w terminie uzgodnionym;
- regulamin placówki.

Konieczne jest, aby osoby uczestniczące w triage znały przyjęte zasady postępowania, zakres swoich zadań oraz zasady współpracy z pielęgniarką lub położną wspierającą proces oceny pilności zgłoszenia pacjenta. Zasady te powinny znaleźć się w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego, a także zostać ujęte w instrukcji stanowiskowej. Świadczeniodawca może wybrać formę odpowiadającą organizacji pracy placówki. Zapoznanie zespołu z przyjętymi rozwiązaniami może odbywać się podczas omówienia zasad pracy, instruktażu lub szkolenia, odpowiednio do potrzeb personelu. Wprowadzając procedurę triage warto również przeprowadzić szkolenia całego zaangażowanego personelu, obejmujące zarówno zasady stosowania procedury, jak i zakres odpowiedzialności poszczególnych osób. Po wdrożeniu procedury zaleca się, by przeprowadzić ocenę powdrożeniową, pozwalającą zweryfikować jej funkcjonowanie w praktyce oraz wprowadzić ewentualne korekty.

Realizacja procedury triage wymaga również znajomości zasad funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej w zakresie dostępnych świadczeń i organizacji ich udzielania.

Osoba lub zespół przygotowujący procedurę triage w danej placówce powinien weryfikować na bieżąco z całym zespołem POZ czy wyprowadzony algorytm jest możliwy do realizacji oraz aktualizować go w zależności od potrzeb. Warto ustalić interwały kontroli funkcjonowania algorytmu.

2.4.1. HARMONOGRAM

Skuteczne wdrożenie procedury triage w placówce POZ wymaga odpowiednich przygotowań organizacyjnych, wśród których kluczową rolę odgrywa właściwie zaplanowany harmonogram pracy. Harmonogram jest jednym z narzędzi umożliwiających racjonalne zarządzanie dostępnością lekarza i pielęgniarki, a tym samym zapewnienie pacjentom dostępu do świadczeń adekwatnych do ich potrzeb zdrowotnych.

Warto udostępnić krótką informację o zasadach priorytetyzacji, np. w rejestracji, na stronie internetowej (jeżeli placówka ją prowadzi). Dobrą praktyką jest także informowanie pacjentów o tych zasadach już na etapie składania deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej danego POZ. Takie podejście sprzyja lepszemu zrozumieniu organizacji pracy placówki, zwiększa akceptację dla procedury triage oraz poprawia płynność udzielania świadczeń.

Jednym ze sposobów organizacji dostępności jest uwzględnienie w harmonogramie czasu przeznaczonego na różne rodzaje zgłoszeń.

Poniżej przedstawiona została propozycja harmonogramu. Nie oznacza to, że będzie on wyglądał jednakowo w każdej placówce. Harmonogramy powinny być dostosowane do charakterystyki populacji objętej opieką danego POZ, a także uwzględniać zmiany w zapotrzebowaniu na porady realizowane w dniu zgłoszenia w związku z sezonem infekcyjnym.

Porady pielęgniarskie można organizować w harmonogramie wspólnym lub odrębnym. Jeśli jednostka prowadzi rejestrację internetową, to godziny udostępnione w formie rejestracji internetowej powinny dotyczyć porad planowych, chyba że odpowiednie narzędzia informatyczne pozwalają na prowadzenie wstępnego triage przy rejestracji online.

Tabela 2: Przykładowy harmonogram

OBSZAR HARMONOGRAMU	RODZAJ PORADY	ZAKRES I ZASADY REALIZACJI
Porady planowe	Szczepienia i bilanse zdrowia dzieci	Wyznaczenie konkretnych dni i godzin na opiekę nad dzieckiem zdrowym, w tym co najmniej raz w tygodniu po 15:00. W jednostkach POZ, które pracują na zasadzie rozdziału czasowego dzieci zdrowych i pozostałych pacjentów, w godzinach przewidzianych na bilanse i szczepienia nie mogą być przyjmowani chorzy z infekcjami, gdzie zachodzi ryzyko zakażenia innych, poza przypadkami zagrożenia życia.
Porady planowe	Badania profilaktyczne osób dorosłych	Świadczenie MZ-bzod Świadczenie ChUK Realizacja wymaga wyodrębnienia czasu na realizację wizyt podsumowujących oraz porad edukacyjnych. Program profilaktyki gruźlicy realizowany jest przez pielęgniarki POZ.

OBSZAR HARMONOGRAMU	RODZAJ PORADY	ZAKRES I ZASADY REALIZACJI
Porady planowe	Szczepienia osób dorosłych	Mogą również stanowić element innych porad np. w ramach wizyt kontrolnych w OK, podczas realizacji świadczeń profilaktycznych.
Porady planowe	Porady związane z realizacją opieki koordynowanej oraz opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi	Niezależnie od modelu organizacyjnego wskazane jest by, w harmonogramie każdej placówki POZ znajdował się wyodrębniony czas przeznaczony na planową opiekę nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, obejmujący wizyty kontrolne oraz porady edukacyjne. Stanowi to element rutynowej praktyki POZ, niezależny od tego, czy placówka realizuje opiekę koordynowaną. W jednostkach realizujących opiekę koordynowaną wprowadzenie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM) usprawnia organizację tego procesu poprzez dodatkowe wyodrębnienie czasu na porady kompleksowe oraz konsultacje dotyczące wyników badań, realizowane w formie wizyt kontrolnych zgodnych z IPOM. W harmonogramie należy również uwzględnić czas na porady edukacyjne (które mogą być realizowane w ramach harmonogramu lekarskiego, pielęgniarskiego lub obu), a także czas na opiekę nad schorzeniami przewlekłymi, nieobjętymi opieką koordynowaną.
Porady planowe	Pozostałe porady planowe	Liczbę i rozkład porad planowych placówka może dostosować do potrzeb populacji i obciążenia zespołu. W tym bloku powinien znaleźć się również wyodrębniony czas na porady planowe, w których istnieje potrzeba przyjęcia pacjenta w nieodległym czasie od zgłoszenia.
Porady planowe	Porady receptowe	Należy informować pacjentów o zasadach realizacji porad receptowych, czyli świadczeń udzielanych bez obecności pacjenta i bez bezpośredniego kontaktu z nim. Jeśli przychodnia realizuje porady receptowe, należy na nie wyodrębnić czas w harmonogramie. Nie mogą one zastępować porad kontrolnych zaleconych przez lekarza. Na takiej poradzie możliwa jest jedynie kontynuacja leczenia przewlekłego, które było już prowadzone w poradni. Wszelkie modyfikacje w dotychczasowym leczeniu powodują konieczność zgłoszenia się na poradę. Porada receptowa nie służy do otrzymywania recept na leki stosowane doraźnie, np. antybiotyki. Warto prowadzić opiekę nad pacjentem przewlekle chorym tak, aby otrzymywał recepty na leki w ilościach wystarczających do kolejnej zaplanowanej porady. Pozwala to ograniczyć liczbę porad receptowych i zwiększyć czas dostępny na inne porady.
Porady za 1-3 dni	Porady realizowane w ciągu 1-3 dni	Należy uwzględnić w grafiku czas na porady realizowane w tej kategorii pilności. Ich liczba również zależy od potrzeb populacji danej placówki POZ.
Porady w dniu zgłoszenia	Porady udzielane w dniu zgłoszenia	W codziennym grafiku powinien być zabezpieczony czas na przypadki wymagające przyjęcia w danym dniu. Najlepiej zabezpieczyć pewien przedział czasowy w ciągu dnia i w końcowej części dnia. Liczba „okienek” na takie wizyty powinna być elastycznie dostosowywana do okresowych potrzeb populacji, np. zwiększana w okresie infekcyjnym, gdy jest więcej ostrych zachorowań.
Poza harmonogramem	Przyjęcia natychmiastowe	Przyjęcia natychmiastowe dotyczą tych pacjentów, którzy wymagają doraźnego zabezpieczenia w POZ w oczekiwaniu na wezwany Zespół Ratownictwa Medycznego – tych pacjentów należy przyjąć poza harmonogramem. Przyjęcia natychmiastowe nie są elementem procedury triage.

2.4.2. REGULAMIN

Konieczne jest zachowanie spójności zasad triage z regulaminem organizacyjnym. Szczegółowy schemat postępowania może być opisany w instrukcji, procedurze lub innym narzędziu dostępnym zespołowi; informację dla pacjentów można przygotować w skróconej, zrozumiałej formie.

Regulamin organizacyjny placówki określa sposób i warunki udzielania świadczeń w zakresie wynikającym z ustawy o działalności leczniczej. Informacje wskazane w art. 24 ust. 2 tej ustawy podaje się do wiadomości pacjentów w miejscu udzielania świadczeń i na stronie internetowej podmiotu (o ile podmiot taką posiada)¹⁷.

Regulamin obowiązuje wszystkich pracowników placówki POZ, a także osoby wykonujące świadczenia zdrowotne na rzecz tego podmiotu na podstawie umów cywilnoprawnych, pacjentów oraz inne osoby przebywające na terenie placówki POZ w związku z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych. Rekomenduje się zapoznanie personelu ze zmianami odpowiednio do powierzonych zadań. Sposób przygotowania zespołu może obejmować instruktaż, omówienie przypadków lub szkolenie.

Regulamin powinien zawierać między innymi¹⁸:

1. cele i zadania np. udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, poszanowaniem praw pacjenta, a także zgodnie z zasadami etyki oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
2. strukturę organizacyjną placówki;
3. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
4. miejsce i przebieg udzielanych świadczeń zdrowotnych;
5. informacje o dostępności świadczeń zdrowotnych;
6. informacje o jakości świadczeń;
7. zasady prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej;
8. informacje o prawach i obowiązkach pacjenta;
9. informacje o kierowniku placówki;
10. warunki współpracy z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

¹⁷ UDL, art. 24.

¹⁸ Wymagane elementy regulaminu organizacyjnego zostały ustalone na podstawie UDL, art. 24.

PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ

3. PROCEDURA TRIAGE W POZ

PROCEDURA TRIAGE W POZ

3.1. CEL TRIAGE

Procedura triage ma zakwalifikować pacjenta do odpowiedniej porady pod względem pilności klinicznej udzielenia świadczenia, realizowanego przez lekarza, pielęgniarkę lub położną zgodnie z zakresem świadczeń realizowanych w placówce w ramach umowy z NFZ. **Nie zastępuje porady lekarskiej i nie jest świadczeniem zdrowotnym**¹⁹. Tym samym nie wymaga tworzenia dokumentacji medycznej.

3.2. SCHEMAT PROCEDURY TRIAGE

W triage bierze udział:

- pracownik rejestracji
- pielęgniarka/położna.

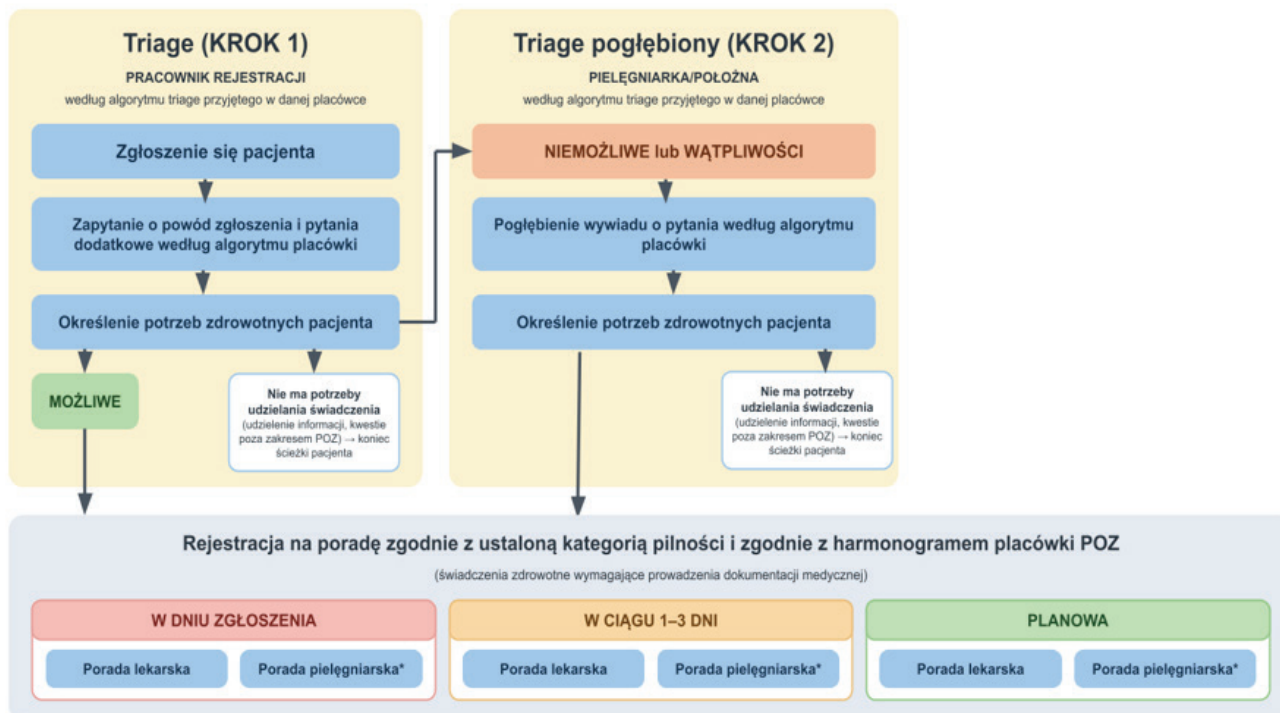
Proces postępowania z pacjentem zgłaszającym się do POZ rozpoczyna się już na etapie rejestracji, gdzie pracownik podejmuje decyzję o terminie porady **na podstawie otrzymanych informacji i schematu postępowania określonego w regulaminie placówki POZ**. Jeżeli pojawiają się wątpliwości co do kategorii pilności porady, pracownik rejestracji powinien skierować pacjenta na triage pogłębiony do pielęgniarki/położnej (z wyjątkiem sytuacji, w której sam jest pielęgniarką/położną z prawem wykonywania zawodu), która na podstawie tak dokonanej pogłębionej oceny podejmuje decyzję o terminie udzielenia świadczenia.

Należy podkreślić, że w opisywanej w tym dokumencie procedurze triage **nie uczestniczy lekarz**.

Na rycinie 1 przedstawiono ogólny algorytm organizacji procedury triage. Wprowadzając procedurę triage, należy uwzględnić indywidualne uwarunkowania danej placówki POZ, co zostało ujęte w rozdziale 2.4.

¹⁹ UDL, art. 2 ust. 1 pkt 10

Rycina 1: Ogólny schemat procedury triage



*W zależności od organizacji pracy podmiotu leczniczego oraz zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych pacjenta, triage może również zakończyć się rejestracją pacjenta na poradę późnej

Pacjent, który wymaga natychmiastowej interwencji personelu medycznego, nie jest pacjentem do triage w POZ. Należy takiemu pacjentowi udzielić pomocy niezwłocznie i sprawować opiekę nad nim do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego.

3.3. TRIAGE WYKONYWANY PRZEZ PRACOWNIKA REJESTRACJI

Rejestracja to pierwsze miejsce kontaktu pacjenta celem umówienia porady, również miejsce rozpoczęcia triage. Pacjent może skontaktować się z rejestracją:

- osobiście (zgłoszenie się do placówki POZ);
- telefonicznie lub poprzez systemy teleinformatyczne;
- poprzez osoby trzecie.

Do przeprowadzenia procedury triage według powyższego schematu wymagany jest bezpośredni kontakt telefoniczny lub osobisty w placówce. Nie uwzględnia on sytuacji, w której placówka korzysta z dedykowanego systemu teleinformatycznego, który umożliwia przeprowadzenie wstępnej oceny stanu zdrowia pacjenta również w tej formie rejestracji. Takie systemy są już dostępne i pozwalają na prowadzenie triage przy rejestracji online (patrz również rozdział 4). Warto podkreślić, że taki system nie może być jedyną formą rejestracji, a weryfikację wstępnej oceny przeprowadza personel.

PERSONEL PRACUJĄCY W REJESTRACJI:

W zależności od funkcjonowania placówki POZ personel pracujący w rejestracji można podzielić na personel:

- bez wykształcenia medycznego
- wykonujący zawód medyczny np. pielęgniarka²⁰

²⁰ Dobrą praktyką jest, żeby pielęgniarka nie była jednocześnie rejestratorką.

Zarówno pracownik wykonujący zawód medyczny, jak i bez wykształcenia medycznego może brać udział w procedurze triage.

Pracownik rejestracji może zapytać pacjenta o powód wizyty. W celu oceny, w jakiej kolejności pacjentowi powinno zostać udzielone świadczenie, pracownik rejestracji powinien zadać mu dodatkowe pytania. Pozwolą one ustalić optymalny termin porady.

Podczas przeprowadzania takiej rozmowy z pacjentem należy pamiętać o poszanowaniu prawa do prywatności i intymności. W przypadku, gdy pacjent nie przekazuje szczegółowych informacji niezbędnych do triage, należy spróbować zidentyfikować przyczynę/barierę. Kiedy pacjent nie chce udzielić informacji ze względu na brak możliwości zachowania prywatności, pracownik rejestracji powinien umożliwić pacjentowi rozmowę np. w osobnym pomieszczeniu. Możliwe jest również zebranie wstępnych informacji w formie wypełnionej ankiety zgłoszenia (jednolity szablon w placówce). W razie konieczności doprecyzowania tych informacji, rozmowa powinna odbyć się w warunkach umożliwiających pacjentowi zachowanie prywatności.

Triage wykonany przez pracownika rejestracji może zakończyć się rejestracją na określony typ porady:

- a. poradę lekarską w dniu zgłoszenia;
- b. poradę pielęgniarską w dniu zgłoszenia;
- c. poradę lekarską w terminie uzgodnionym odpowiednim do potrzeb zdrowotnych, np. za 1-3 dni;
- d. poradę pielęgniarską w terminie uzgodnionym odpowiednim do potrzeb zdrowotnych, np. za 1-3 dni;
- e. poradę lekarską planową;
- f. poradę pielęgniarską planową.

Triage realizowany przez pracownika rejestracji może również zakończyć się przekierowaniem do następnego etapu, to jest do triage pogłębionego (prowadzonego przez pielęgniarkę lub położną). Taka sytuacja ma miejsce, jeśli pracownik rejestracji nie wykonuje zawodu medycznego i nie jest w stanie sam podjąć decyzji o terminie realizacji porady u danego pacjenta na podstawie algorytmu triage w danym POZ.

Warto w tym miejscu nadmienić, że nie każdy kontakt pacjenta z rejestracją powinien zakończyć się udzieleniem/zaplanowaniem udzielenia świadczenia zdrowotnego. W sytuacjach, gdy potrzebne jest jedynie udzielenie informacji, czy też świadczenie nie może być zrealizowane (np. jest poza zakresem świadczeń gwarantowanych w POZ) – kontakt pacjenta z placówką kończy się na rozmowie z pracownikiem rejestracji.

3.4. TRIAGE POGŁĘBIONY REALIZOWANY PRZEZ PIELĘGNIARKĘ LUB POŁOŻNĄ

W przypadku, kiedy pracownik rejestracji nie jest w stanie podjąć decyzji o tym czy pacjent wymaga porady planowej, w ciągu 1-3 dni lub w dniu zgłoszenia, powinien zostać przeprowadzony triage pogłębiony, realizowany przez pracownika POZ wykonującego samodzielny zawód medyczny (patrz rycina 1). Pielęgniarka i położna pracujące w POZ stanowią wsparcie medyczne dla niemedycznych pracowników rejestracji. Dzięki posiadanym kompetencjom zawodowym mogą pogłębić realizację algorytmu triage, w celu doprecyzowania danych niezbędnych do ustalenia właściwego rodzaju porady wraz z jej czasem realizacji.

Triage pogłębiony kończy się:

A. WSKAZANIEM ODPOWIEDNIEJ PORADY, ZGODNEJ Z REGULAMINEM I HARMONOGRAMEM DANEJ PLACÓWKI POZ. MOŻE BYĆ TO:

- a. porada lekarska w dniu zgłoszenia;
- b. porada pielęgniarska w dniu zgłoszenia;
- c. porada lekarska w terminie uzgodnionym odpowiednim do potrzeb zdrowotnych, np. za 1-3 dni;
- d. porada pielęgniarska w terminie uzgodnionym odpowiednim do potrzeb zdrowotnych, np. za 1-3 dni;
- e. porada lekarska planowa;
- f. porada pielęgniarska planowa.

Porady są świadczeniem zdrowotnym i wymagają prowadzenia dokumentacji medycznej.

PRAWO PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ

4. NOWOCZESNE ROZWIĄZANIA AUTOMATYZUJĄCE TRIAGE W POZ

NOWOCZESNE ROZWIĄZANIA AUTOMATYZUJĄCE TRIAGE W POZ

Automatyzacja triage w POZ nie ma na celu zastąpienia personelu medycznego, lecz wsparcie procesu podejmowania decyzji i zwiększenie efektywności organizacyjnej. Odpowiednio wdrożone narzędzia mogą usprawnić przeprowadzanie priorytetyzacji pacjentów, poprawić dostępność świadczeń i skrócić czas oczekiwania na wizytę. Obecnie wykorzystywane są w praktyce np. inteligentne formularze wstępnej kwalifikacji pacjenta.

Wdrażanie nowoczesnych rozwiązań automatyzujących proces triage w POZ, w tym systemów teleinformatycznych, algorytmów wspomagania decyzji oraz narzędzi opartych na sztucznej inteligencji, musi odbywać się z uwzględnieniem obowiązujących regulacji prawnych w zakresie:

- zasad udzielania świadczeń zdrowotnych,
- ochrony danych osobowych pacjentów,
- bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych,
- zasad wprowadzania nowych technologii na rynek*,
- odpowiedzialności prawnej osób wytwarzających i wykorzystujących narzędzia,
- zasad etycznych wynikających z przepisów prawa

*oprogramowanie, które ocenia stan pacjenta i nadaje mu priorytet, co do zasady stanowi wyrób medyczny klasy co najmniej IIa, wymagający oceny zgodności i oznakowania CE²¹. Jeżeli wykorzystuje sztuczną inteligencję, jest także systemem wysokiego ryzyka²³, co zobowiązuje podmiot leczniczy m.in. do zapewnienia nadzoru ze strony wykwalifikowanego personelu²⁴.

Należy pamiętać, że automatyzacja triage nie stanowi odrębnego świadczenia zdrowotnego, lecz narzędzie wspomagające organizację udzielania świadczeń. Nowoczesne rozwiązania automatyzujące triage w POZ mogą być pomocne w triage pacjentów, ale należy pamiętać o ryzykach, które wiążą się z wykorzystywaniem tych narzędzi. Automatyczny wynik takiego triage nie zamyka drogi do pogłębionej oceny przez pielęgniarkę lub położną.

²¹ Art. 2 pkt 1 i art. 51 ust. 1 w zw. z załącznikiem VIII reguła 11 MDR

²² Art. 1 UWM.

²³ Art. 6 ust. 1 AI Act.

²⁴ Art. 26 ust. 2 AI Act.



Rzecznik Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta
ul. Płocka 11/13; 01-231 Warszawa
kancelaria@rpp.gov.pl
fax: (22) 506 50 64