



DBR.050.25.2024.EK
Warszawa, 21 stycznia 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na zapytanie nr 2084 Pani Poseł Ewy Szymanowskiej i grupy posłów w sprawie przeciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz długiego czasu oczekiwania pacjentów na pomoc medyczną, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

1. *Jakie działania podejmuje Ministerstwo Zdrowia, aby ograniczyć liczbę przypadków nieuzasadnionych wizyt w szpitalnych oddziałach ratunkowych? Czy planowane są działania mające na celu wzmocnienie roli POZ i nocnej pomocy medycznej w celu odciążenia SOR-ów?*

W Krajowym Planie Transformacji (KPT) na lata 2022-2026 wskazano, iż jednym z aktualnych wyzwań sprawnie działającej opieki zdrowotnej jest odciążenie oddziałów ratunkowych przez minimalizację liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej niezwiązanych ze stanami nagłego zagrożenia zdrowotnego. Odpowiedzią na to wyzwanie jest nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NiSOZ). Istotne zatem jest wzmocnianie roli NiSOZ celem poprawy zgłaszalności pacjentów do tej formy opieki, odciążenie SOR i wykorzystanie potencjału tych oddziałów na rzecz pacjentów wymagających pilnej pomocy medycznej.

W ramach KPT określone zostały dedykowane temu działania:

- Działanie 2.4.1. w części POZ (podstawowej opieki zdrowotnej): „Uświadamianie obywatelom roli i zadań NiSOZ przy pomocy kampanii społecznych”.

Oczekiwany rezultatem tego działania jest skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez SOR i obniżenie obciążenia SOR.

- Działanie 2.5.1. w części AOS (ambulatoryjnej opieki specjalistycznej): „Stworzenie trzypoziomowego systemu udzielania nocnej pomocy lekarskiej:
 1. wypełnienie ankiety dotyczącej stanu zdrowia lub rozmowa z konsultantem. Dostępność ankiety na IKP, moje IKP, platforma DOM, automatyczna infolinia, kontakt z konsultantem. Wypełniona ankieta lub przeprowadzona konsultacja stanowi podstawę kontaktu z centrum nocnej pomocy lekarskiej (CNPL);
 2. stworzenie sieci powiatowych ambulatoriów przy jednoczesnej rezygnacji z usług podmiotów świadczących obecnie nocną i świąteczną pomoc lekarską;
 3. polecenie pacjentowi wezwania zespołu ratownictwa medycznego (ZRM), jeżeli w wywiadzie zidentyfikowano podejrzenie bezpośredniego zagrożenia życia.”

Oczekiwanym rezultatem działania ma być zapewnienie szybkiej i specjalistycznej NiŚOZ, odciążenie SOR oraz stworzenie CNPL.

Realizowany jest też projekt Odwrócona Piramida Świadczeń (OPS), który skupia się na poprawie działania systemu w relacji poziomów POZ – AOS – Szpital. SOR nie jest obecnie przedmiotem analiz projektu OPS. Należy jednak podkreślić, że poprawa dostępności do świadczeń i redefinicja produktów rozliczeniowych w AOS i szpitalu zgodnie ze ścieżką kliniczną pacjenta wpłynie na udrożnienie ścieżek diagnostycznych pacjentów, a co za tym idzie, również na potencjalnie zmniejszenie liczby pacjentów potrzebujących wizyty w SOR.

Na mocy przepisów rozporządzenia z 9 października 2023 r. nowelizującego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2023 poz. 2226) lekarze udzielający świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej uzyskali też możliwość wystawiania skierowania na badania laboratoryjne. Tym samym możliwości diagnozowania stanu zdrowia pacjentów korzystających ze świadczeń NiŚOZ poszerzone zostały o analizę wyników badań laboratoryjnych. Powyższe rozwiązanie również ma na celu odciążenie SOR i równocześnie umożliwić pacjentom korzystanie z kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej w czasie, kiedy pojawiają się problemy zdrowotne.

2. Czy Ministerstwo Zdrowia przewiduje wprowadzenie systemowych rozwiązań umożliwiających skuteczniejszą klasyfikację pacjentów zgłaszających się na SOR?

Zgodnie z art. 33a ust. 1-4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U. z 2024 r. poz. 652 z późn. zm.) w szpitalnym oddziale ratunkowym jest prowadzona segregacja medyczna. Segregację medyczną przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana jedna z kategorii w pięciostopniowej skali. Informacja o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom, które trafiły na SOR we własnym zakresie, lub zostały tam przewiezione np. przez zespół ratownictwa medycznego, jest podawana na wyświetlaczu zbiorczym umieszczonym w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć. 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".

O prowadzeniu segregacji medycznej w SOR mówią również przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* (Dz.U. z 2024 r. poz. 336 z późn. zm.), zaś szczegółowe wymagania w zakresie samego systemu TOPSOR określone zostały w rozporządzeniu 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).

Zgodnie z powyższym segregacja medyczna pacjentów w SOR prowadzona jest w systemie TOPSOR, a jej wyniki odnotowywane są w karcie segregacji medycznej (KSM). W oparciu o wprowadzone do KSM parametry życiowe, system TOPSOR sam podpowiada, do której kategorii pilności należy zakwalifikować pacjenta, gdzie:

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
 - 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
 - 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
 - 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
 - 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.
- Pacjent zakwalifikowany do kategorii zielonej lub niebieskiej może być przekierowany z SOR do POZ lub do NIŚOZ.

Ostateczna decyzja co do wyboru kategorii pilności należy do triażysty, który na podstawie przeprowadzonego wywiadu i oceny stanu zdrowia pacjenta, może tą kategorię zmienić. Należy też wziąć pod uwagę, że w trakcie pobytu w SOR stan pacjenta również może ulec zmianie, czego efektem może być również zmiana priorytetu nadanego temu pacjentowi w momencie triażu.

Powyższe przepisy wskazują więc na wdrożenie rozwiązań usprawniających przeprowadzenie segregacji medycznej, a regulacje te są jednolite i obowiązują we wszystkich SOR na terenie całego kraju.

3. Czy planowane jest zwiększenie dostępności kadry medycznej oraz zasobów infrastrukturalnych w SOR-ach w celu zmniejszenia czasu oczekiwania na pomoc?

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) działa na obszarze poszczególnych województw na podstawie wojewódzkich planów działania systemu PRM. Liczbę i rozmieszczenie jednostek systemu, w tym szpitalnych oddziałów ratunkowych funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia, ustala wojewoda w uzgodnieniu m.in. z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Natomiast minimalne zasoby kadrowe SOR określone zostały w § 12 rozporządzenia *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*. Zgodnie z tym przepisem liczba personelu SOR ma być ustalona przez kierownictwo szpitala w taki sposób, aby czasy oczekiwania pacjentów w SOR w poszczególnych kategoriach pilności nie były przekraczane. Jednocześnie w pkt 4 *Dobrych praktyk postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć*¹ wskazano, że w SOR obejmującym populację 150 000 – 200 000 mieszkańców należy zapewnić: minimum 3-4 lekarzy oraz minimum 10 ratowników medycznych lub pielęgniarek systemu na stałe przebywających w SOR/IP, a także personel pomocniczy i minimum 2 stanowiska do triażu.

Powyższe wytyczne określają jedynie minimalne wymagania, jakie należy spełnić dla prawidłowego funkcjonowania oddziału, natomiast jeśli sytuacja w SOR wskazuje, że konieczne jest zatrudnienie w oddziale większej liczby personelu medycznego lub wdrożenie innych rozwiązań mających na celu poprawę efektywności obsługi pacjentów (np. kierowanie pacjentów, którzy podczas triażu otrzymali kategorię pilności zieloną lub niebieską do POZ/NiŚOZ, bez konieczności oczekiwania do lekarza SOR, jak też zapewnienie dostatecznej liczby łóżek w innych oddziałach szpitalnych na potrzeby pacjentów kierowanych tam z SOR oraz usprawnienie przekazywania pacjentów z SOR na oddział docelowy, co skróci pobyt tych pacjentów w oddziale ratunkowym i zmniejszy obciążenie SOR), to podjęcie tych działań pozostaje w kompetencjach dyrekcji szpitala i kierownika SOR.

4. Jakie kroki podejmuje Ministerstwo w zakresie edukacji społecznej, by uświadomić pacjentom właściwe korzystanie z systemu ochrony zdrowia i roli szpitalnych oddziałów ratunkowych?

Na platformie <https://ratownictwomedyczne.mz.gov.pl/> opublikowane zostały treści mające na celu m.in. uświadomienie społeczeństwu roli szpitalnych oddziałów ratunkowych, sposobu korzystania z numerów alarmowych i zasadności wezwań zespołów ratownictwa medycznego. W jasnym przekazie zwrócono uwagę, w jakich sytuacjach nie należy wzywać karetki, czy kierować się do SOR. Niezasadne zgłoszenia skutkują bowiem przeciążeniem systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i wydłużają czas oczekiwania osób znajdujących się rzeczywiście w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia na udzielenie im pomocy.

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-postepowania-w-szpitalnych-oddzialach-ratunkowych-i-w-izbach-przyjec>

Istotne informacje na powyższe tematy znajdują się też na stronie Ministerstwa Zdrowia w części dotyczącej funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne <https://www.gov.pl/web/zdrowie/system-panstwowe-ratownictwo-medyczne>.

Ponadto na stronie <https://pacjent.gov.pl/na-ratunek> również wskazano, w jakich sytuacjach zasadne jest wezwanie ZRM, kiedy należy udać się na SOR, a kiedy bardziej zasadne jest skorzystanie z podstawowej lub ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Na stronie tej zamieszczona jest lista SOR wraz z aktywną mapą, na której od niedawna znajdziemy też informacje o stanie kolejek w poszczególnych oddziałach ratunkowych. Natomiast w przypadku zachorowania, które nie skutkuje nagłym pogorszenia stanu zdrowia i nie wymaga wizyty w SOR, należy udać się do POZ lub NiSOZ. Lista punktów NiSOZ wraz z mapą jest dostępna na tej samej stronie obok zakładki z listą SOR.

Jednocześnie należy zauważyć, że informacje dla pacjenta, kiedy skorzystać z pomocy oddziału ratunkowego, a w jakich sytuacjach udać się do POZ lub NiSOZ (wraz z adresami najbliższych punktów NiSOZ) są wywieszane na tablicach ogłoszeń w poszczególnych SOR oraz publikowane na stronach internetowych szpitali z SOR.

5. Czy Ministerstwo analizowało statystyki dotyczące najczęstszych przyczyn wizyt na SOR-ach i ich zasadność? Jakie wnioski wyciągnięto? Jeżeli nie analizowano, czy planowana jest taka analiza?

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2024 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.) podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Świadczeniodawca realizujący taką umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w zarządzeniu Prezesa NFZ oraz w przepisach wyższego rzędu.

NFZ sprawuje nadzór nad realizacją umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zobowiązany jest do ich monitorowania.

W tym miejscu wskazać należy, że zgodnie z rozporządzeniem z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczególnego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 610 z późn. zm.), podmioty realizujące umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są zobowiązane do przekazania do NFZ informacji zawierającej m.in. kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta oraz kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących.

Po przeanalizowaniu rozpoznań głównych pacjentów SOR najczęściej sprawozdawanych przez świadczeniodawców w I połowie roku 2024, stwierdzono, że dominują wśród nich:

- BÓL BRZUCHA
- SKRĘCENIE I NADERWANIE STAWU SKOKOWEGO
- BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ
- SAMOISTNE (PIERWOTNE) NADCIŚNIENIE
- OMDLENIE I ZAPAŚĆ
- POWIERZCHOWNY URAZ POWŁOK GŁOWY
- MIGOTANIE I TRZEPOTANIE PRZEDSIONKÓW
- OBSERWACJA W KIERUNKU NIEOKREŚLONYCH CHORÓB I STANÓW
- OTWARTA RANA PALCA (PALCÓW) RĘKI
- OTWARTA RANA POWŁOK GŁOWY

Jak wspomniano wyżej, działania dotyczące ustalenia zasadności udzielenia pacjentowi świadczeń opieki zdrowotnej w ramach SOR podejmowane są już na etapie segregacji medycznej. Personel medyczny na podstawie wywiadu dotyczącego występujących

dolegliwości oraz wykonanych badań i pomiarów, podejmuje decyzję o kwalifikacji pacjenta do postępowania w SOR lub o braku wskazań do przyjęcia. Dodatkowo, lekarz dyżurny SOR po przeprowadzeniu badania pacjenta wcześniej zakwalifikowanego przez triażystę, może zadecydować o braku wskazań do realizacji świadczeń w SOR i zalecić zgłoszenie się do placówki ambulatoryjnej (POZ, NIŚOZ). Należy dodać, że Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach monitorowania realizacji zawartych umów, nie ocenia decyzji medycznych podejmowanych przez personel medyczny w procesie diagnostyki i leczenia pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

6. *Czy Ministerstwo analizowało modele zarządzania odpowiednikami SOR-ów w innych krajach? Czy planowane jest wdrożenie zagranicznych rozwiązań w Polsce?*

Podczas prac nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*, które miały miejsce przed opublikowaniem tego rozporządzenia w 2019 r. analizowano różne modele funkcjonowania SOR, w tym w szczególności w zakresie przeprowadzania segregacji medycznej pacjentów w SOR. Potwierdzeniem tego jest zapis w OSR do projektu tego rozporządzenia, który brzmiał następująco: „We wszystkich znanych systemach ochrony zdrowia w Unii Europejskiej, ale także np. w USA oraz w Australii są stosowane powszechnie systemy segregacji medycznej pacjentów w stanie nagłym. Przyjmuje się różne rozwiązania w tym zakresie i różne systemy: ESI (Emergency Severity Index), MTS (Manchester Triage System), CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale), PedCTAS (paediatric version of Canadian Triage and Acuity Scale), i inne.”

Przyjęto wówczas, że do segregacji medycznej pacjentów będzie stosowany system TOPSOR, oparty na algorytmie ESI, który będzie jednolity dla wszystkich SOR na terenie całego kraju. Wymóg ten został wprowadzony również do ustawy *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, poprzez dodanie art. 33a (wprowadzony ustawą z dnia 21.02.2019 r. poz. 399, z datą wejścia w życie od 1.07.2019 r.).

7. *Jakie działania podejmuje Ministerstwo w celu zwiększenia liczby lekarzy i pielęgniarek chętnych do pracy na SOR-ach?*

Przede wszystkim należy zaznaczyć, że medycyna ratunkowa jest dziedziną priorytetową, co oznacza, że jest priorytetowo traktowana pod kątem wydatkowania środków na wyższe wynagrodzenie dla lekarzy, którzy podejmują specjalizację w tej dziedzinie w trybie rezydenckim.

Ponadto ostatnią nowelizacją rozporządzenia *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* (rozporządzenie zmieniające z dnia 16 grudnia 2024 r. poz. 1877) poszerzono katalog lekarzy spełniających wymagania dla ordynatora SOR. Zgodnie z obecnym brzmieniem ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem) może być lekarz posiadający:

- a) tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo
- b) specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, *intensywnej terapii*², chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, pediatrii, neurologii lub kardiologii i jednocześnie:
 - będącym po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, kontynuującym szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie lub
 - posiadającym doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 3 tysięcy godzin, nabyte w szpitalnym oddziale ratunkowym w okresie ostatnich 3 lat.

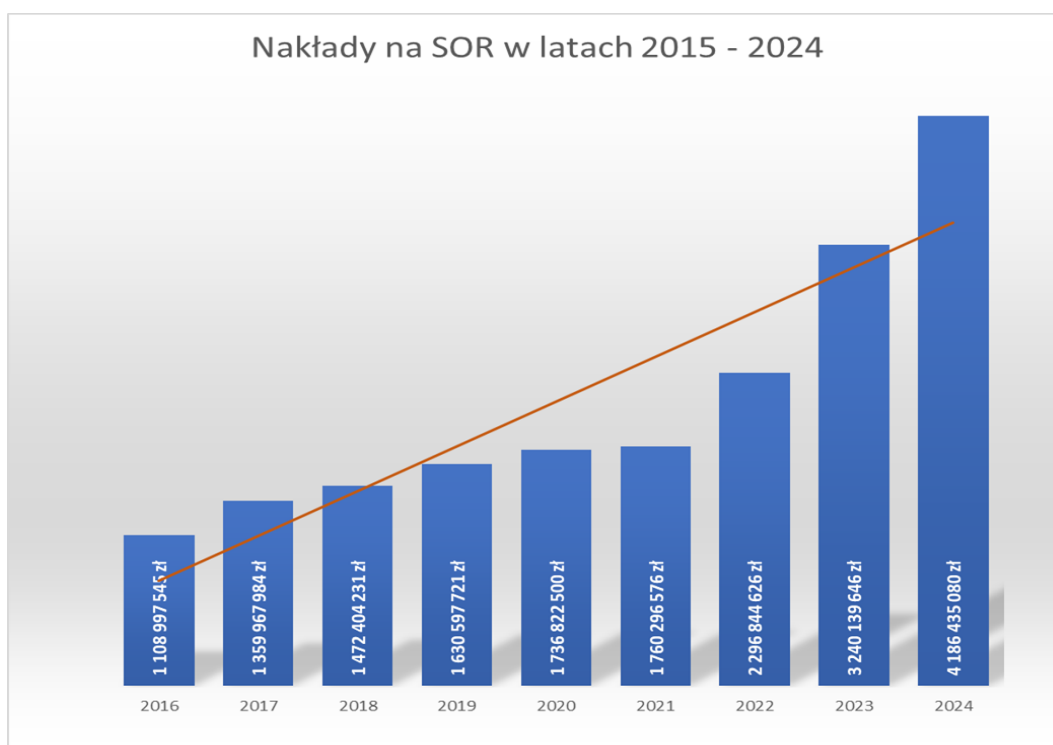
Te same wymagania dotyczą lekarza dyżurnego SOR, jednak w tym zakresie przepis obowiązywać będzie dopiero po 31 grudnia 2026 r.; do tego czasu lekarzem dyżurnym SOR

² Kursywą zaznaczono dodane przepisy.

może być każdy lekarz systemu (zgodnie z definicją wskazaną w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym).

Należy mieć również na uwadze, że każdy obywatel RP i UE, w tym lekarz, ma prawo wyboru swojej ścieżki zawodowej, a Minister Zdrowia nie ma narzędzi prawnych, by to zmienić. Dlatego resort zdrowia koncentruje się przede wszystkim na tworzeniu lepszych warunków finansowych i tworzeniu elastycznych przepisów prawnych w taki sposób, by zachęcić lekarzy do podejmowania specjalizacji w dziedzinach priorytetowych, w tym w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Również sukcesywne zwiększanie ryczałtu dobowego w SOR stwarza dyrektorom podmiotów leczniczych większe możliwości w zakresie wzrostu wynagrodzeń lub zatrudnienia większej liczby personelu, czy to w odniesieniu do lekarzy, czy pielęgniarek lub ratowników medycznych. Od roku 2016 nakłady na szpitalne oddziały ratunkowe wzrosły prawie 4 – krotnie. Dynamikę wzrostu obrazuje poniższy wykres.



Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Marek Kos
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/