



Minister Zdrowia

DBR.050.7.2026.EK
Warszawa, 14 kwietnia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 15846 złożoną przez Pana Posła Patryka Wichra i grupę Posłów w sprawie przeciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), skutków likwidacji izb wytrzeźwień oraz problemów kadrowych i organizacyjnych w funkcjonowaniu SOR-ów, proszę o przyjęcie poniższej informacji.

1. Jakie działania systemowe podejmuje Ministerstwo Zdrowia w celu realnego odciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych w Polsce?

W Polsce funkcjonuje obecnie 251 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), a utworzenie kolejnych 20 pozostaje w fazie planowania. Ministerstwo Zdrowia prowadzi stały monitoring funkcjonowania jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM), w tym szpitalnych oddziałów ratunkowych. Codzienne raporty generowane w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) umożliwiają identyfikację miejsc, w których dochodzi do wydłużonego czasu oczekiwania zespołów ratownictwa medycznego na przekazanie pacjenta, co najczęściej pozostaje w związku z ograniczoną przepustowością oddziałów. Przypadki te podlegają bieżącej analizie.

W szpitalnych oddziałach ratunkowych funkcjonuje system TOPSOR, służący monitorowaniu czasu oczekiwania oraz obsługi pacjenta na początkowych etapach pobytu w SOR – od momentu rejestracji, poprzez proces triażu, aż do pierwszego kontaktu z lekarzem. Dalszy przebieg pobytu pacjenta uzależniony jest od jego stanu klinicznego oraz zakresu niezbędnych świadczeń zdrowotnych, w tym badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych oraz procedur medycznych. System TOPSOR umożliwia również rejestrowanie całkowitego czasu pobytu pacjenta w SOR – od momentu rejestracji do wypisu albo przekazania na właściwy oddział szpitalny.

W ostatnich latach obserwowany jest wzrost liczby pacjentów zgłaszających się do SOR. W latach 2022–2024 odnotowano wzrost o 9,7%. Jednocześnie budżet Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczony na funkcjonowanie SOR wzrósł w tym samym okresie o 82%.

Z uwagi na brak wymogu posiadania skierowania, do SOR zgłaszają się również pacjenci niewymagający udzielenia świadczeń w trybie nagłym, którzy powinni być objęci opieką w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w tym nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ). Pacjenci zakwalifikowani do kategorii zielonej i niebieskiej stanowią

blisko 60% wszystkich osób zgłaszających się do SOR, co istotnie wpływa na funkcjonowanie oddziałów ratunkowych poprzez obciążenie ich zadaniami, które powinny być realizowane poza systemem ratownictwa medycznego. Pomimo obowiązujących regulacji umożliwiających przekierowanie takich pacjentów bezpośrednio po triażu do POZ lub NiŚOZ, odsetek takich przypadków wynosi jedynie 6,5%.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, podmioty lecznicze prowadzące SOR są zobowiązane do zapewnienia odpowiedniej liczby łóżek na oddziałach docelowych. W praktyce jednak obowiązek ten nie zawsze jest realizowany w sposób zapewniający właściwą ciągłość udzielania świadczeń, co skutkuje wydłużeniem czasu przebywania pacjentów wymagających hospitalizacji w SOR i negatywnie wpływa na przepustowość tych oddziałów.

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania ukierunkowane na poprawę efektywności funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, obejmujące w szczególności wdrażanie zmian systemowych, wydawanie zaleceń organizacyjnych oraz zwiększanie poziomu finansowania adekwatnie do rosnących kosztów. Należy jednak wskazać, że kluczowy wpływ na wydolność oddziałów ratunkowych mają czynniki organizacyjne, takie jak sposób organizacji pracy oddziałów, liczba i dostępność personelu medycznego – w szczególności lekarzy – skuteczność przekierowywania pacjentów niewymagających pilnej interwencji do POZ i NiŚOZ, a także zapewnienie odpowiedniej liczby łóżek na oddziałach docelowych.

Jednocześnie, pomimo zapewnienia dostępu do świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, pacjenci nie są zobowiązani do korzystania z tej formy opieki. W konsekwencji nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie zjawiska zgłaszania się do SOR osób, które – w swojej ocenie – znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i decydują się na skorzystanie ze świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym.

2. Czy Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizy dotyczące wpływu likwidacji izb wytrzeźwień na wzrost obciążenia SOR-ów, izb przyjęć oraz zespołów ratownictwa medycznego? Jeśli tak, proszę o ich przedstawienie.

Podkreślenia wymaga, że nie wszystkie osoby znajdujące się w stanie nietrzeźwości wymagają udzielenia świadczeń zdrowotnych lub opiekuńczych. Świadczenia te stanowią jedynie jeden z możliwych elementów postępowania wobec osób pozostających pod wpływem alkoholu, każdorazowo uzależniony od ich aktualnego stanu zdrowia oraz sytuacji faktycznej.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizy dotyczące funkcjonowania oraz dostępności izb wytrzeźwień i placówek realizujących ich zadania, uwzględniając rolę, jaką odgrywają one w systemie opieki nad osobami znajdującymi się pod wpływem alkoholu. Problematyka ta pozostaje w ostatnim czasie przedmiotem intensywnej debaty publicznej. Izby wytrzeźwień stanowią istotny element tego systemu, łącząc funkcje z zakresu ochrony zdrowia oraz zapewnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego.

Wyrazem powyższego było m.in. posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, które odbyło się w dniu 11 lutego 2026 r., z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Komendy Głównej Policji oraz przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego.

W dniu 23 lutego 2026 r. odbyło się również spotkanie z przedstawicielami jednostek samorządu terytorialnego oraz Stowarzyszenia Dyrektorów i Głównych Księgowych Izb Wytrzeźwień w Polsce, stanowiące kontynuację dialogu w przedmiotowej sprawie. Spotkanie to umożliwiło bezpośrednie poznanie perspektywy podmiotów organizujących, bądź rozważających organizację izb wytrzeźwień na swoim terenie, jak również identyfikację wyzwań i wrażliwości związanych z ich funkcjonowaniem.

Ministerstwo Zdrowia podjęło także współpracę z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji w celu przeprowadzenia wspólnej analizy możliwych rozwiązań, z uwzględnieniem różnych aspektów zagadnienia, w tym ochrony zdrowia, zapewnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego, a także zakresu odpowiedzialności oraz udziału jednostek samorządu terytorialnego.

3. Czy resort planuje przygotowanie rozwiązań legislacyjnych lub organizacyjnych, które przywrócić skuteczny system opieki nad osobami nietrzeźwymi lub będącymi pod wpływem innych środków odurzających, tak aby osoby te nie dezorganizowały pracy SOR-ów?

Mając na uwadze trwające procesy legislacyjne dotyczące zmian w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (zarówno rządowy, jak i poselskie projekty ustaw), Ministerstwo Zdrowia dołoży wszelkich starań w celu poprawy sytuacji dotyczącej organizacji i prowadzenia izb wytrzeźwień.

Niezależnie od powyższego wskazać należy, że zarówno przepisy ustawy *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, jak i rozporządzenia *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* oraz rozporządzenia *w sprawie opieki psychiatrycznej*, nie określają wytycznych dotyczących odmiennego postępowania z pacjentami SOR ani psychiatrycznych izb przyjęć, znajdującymi się pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. SOR udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, niezależnie od stanu trzeźwości pacjenta. Powyższe może być natomiast uregulowane w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego lub wewnętrznych procedurach szpitalnych. Podkreślić należy, że o pobycie pacjenta w SOR i tym samym o zasadności udzielenia mu świadczeń zdrowotnych w tym oddziale, decyduje stan zdrowia pacjenta. Dlatego też, jeśli - poza stanem nietrzeźwości - pacjent nie wykazuje objawów wymagających leczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym, lekarz dyżurny SOR może odmówić przyjęcia pacjenta do oddziału. Zawsze odmowa poprzedzona jest badaniem. Natomiast jeśli pacjent znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zadaniem SOR jest udzielenie odpowiednich świadczeń zdrowotnych temu pacjentowi.

4. Jakie działania są podejmowane w celu poprawy bezpieczeństwa personelu medycznego na SOR-ach, w szczególności wobec rosnącej liczby przypadków agresji ze strony pacjentów znajdujących się pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych?

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* osoba udzielająca pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoba wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytor medyczny podczas wykonywania swoich zadań, wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego wykonujący zadania, o których mowa w art. 29 ust. 5, oraz krajowy koordynator ratownictwa medycznego wykonujący zadania, o których mowa w art. 20a ust. 3, korzystają z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - *Kodeks karny* dla funkcjonariuszy publicznych. W dniu 2 stycznia 2026 r. weszła w życie ustawa z dnia 7 listopada 2025 r. o zmianie ustawy - *Kodeks karny*, ustawy - *Kodeks wykroczeń* oraz ustawy - *Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia* (Dz. U. poz. 1818). Przedmiotowa ustawa zastrzyła odpowiedzialność za naruszenie nietykalności cielesnej osób pełniących funkcje publiczne i ratujących życie innych, wprowadzając karę od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności, jeżeli czyn naraża pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Taki wyrok skazujący może być podany do publicznej wiadomości na wniosek pokrzywdzonego (art. 217a i art. 222 Kodeksu karnego).

Ponadto, podniesiono dolną granicę kary grzywny, nie niższej niż 1000 zł, wobec osób naruszających porządek publiczny i stwarzających atmosferę zagrożenia. Szczególnie dotyczy to sytuacji, gdy wykonywana jest działalność lecznicza, w tym w ramach akcji medycznej zespołów ratownictwa medycznego oraz funkcjonowania szeroko pojętej sfery organów publicznych (np. dyspozytorni medycznych). Zmiany te zostały wprowadzone do Kodeksu wykroczeń (art. 51 i art. 52).

Powyższe oznacza, że personel medyczny SOR również jest objęty szerszą ochroną, poprzez włączenie aktów agresji skierowanych przeciwko nim do grupy szczególnych typów przestępstw, w których pokrzywdzonymi są funkcjonariusze publiczni (np. art. 223 k.k. – napaść na funkcjonariusza publicznego). Ściganie takich czynów odbywa się z urzędu, bez konieczności wystosowywania przez pokrzywdzonego prywatnego aktu oskarżenia. Natomiast wydane 14 lipca 2025 r. przez Prokuratora Generalnego *Wytyczne w sprawie prowadzenia postępowań o przestępstwa popełniane na szkodę osób udzielających świadczeń zdrowotnych, pierwszej pomocy, czynności ratunkowych, a także innych osób wykonujących obowiązki służbowe i zawodowe, które na mocy przepisów szczególnych korzystają z ochrony przewidzianej w kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych*, stanowiły reakcję na rosnącą liczbę zdarzeń, charakteryzujących się agresją słowną oraz fizyczną skierowaną przeciwko osobom wchodzącym w skład zespołów ratownictwa medycznego, osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych (dyspozytorów, pielęgniarki, lekarzy i innych), zwłaszcza w postaci pobić, spowodowania uszkodzeń ciała, gróźb karalnych i znieważzeń ze strony tych, którym pomoc jest udzielana, członków ich rodzin, a nawet osób postronnych lub tych, w towarzystwie których przebywają.

5. Jakie konkretne działania podejmuje Ministerstwo Zdrowia w celu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu lekarzy, ratowników medycznych, pielęgniarek i pozostałego personelu pracującego w szpitalnych oddziałach ratunkowych?

Dużym obciążeniem dla personelu medycznego SOR jest praca pod presją czasu, ale też często niewystarczająca liczba personelu w stosunku do liczby obsługiwanych pacjentów. Zwiększenie obsady dyżurowej powinno przełożyć się na mniejsze obciążenie poszczególnych osób i ograniczyć frustracje wynikające z przemęczenia. Modyfikacje wprowadzane w ramach systemu TOPSOR użytkowanego w szpitalnych oddziałach ratunkowych również nakierowane są na ułatwienie personelowi wykonywania obowiązków związanych z obsługą pacjentów w SOR. Główny wpływ na warunki pracy personelu SOR mają dyrektorzy szpitali, którzy powinni zapewnić taką liczbę personelu i taką organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, aby eliminować sytuacje stresogenne i przeciążenia.

6. Czy Ministerstwo Zdrowia posiada dane dotyczące braków kadrowych w obsadzie SOR-ów, w tym liczby wakatów oraz problemów z zabezpieczeniem dyżurów lekarskich i ratowniczych? Jeśli tak, proszę o ich udostępnienie.

Do Ministerstwa Zdrowia docierają informacje, z których wynika, że niektóre szpitale mają problem z zapewnieniem w SOR odpowiedniej liczby wykwalifikowanej kadry lekarskiej. Resort nie posiada jednak szczegółowych danych na temat liczby wakatów w poszczególnych SOR-ach. Trzeba wziąć pod uwagę, że przepisy nie wskazują konkretnej liczby personelu SOR; rozporządzenie *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* reguluje bowiem jedynie minimum kadrowe, wskazując na potrzebę dostosowania liczby personelu do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności. Natomiast w myśl art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym

niebędącym przedsiębiorcą, w tym za organizację i funkcjonowanie tego podmiotu leczniczego, ponosi kierownik.

7. Czy resort monitoruje zjawisko powierzania obsługi dyżurów i funkcjonowania SOR-ów zewnętrznym firmom dostarczającym personel medyczny? Jeśli tak, jaka jest skala tego zjawiska i jakie są jego konsekwencje finansowe oraz organizacyjne dla systemu ochrony zdrowia?

Jak wskazano powyżej, odpowiedzialność za zarządzanie szpitalem ponosi kierownik tego podmiotu leczniczego. Zadaniem kierownika jest zatrudnienie odpowiednio wykwalifikowanej kadry, natomiast Ministerstwo nie ingeruje w to, jaki rodzaj umowy został zawarty pomiędzy pracownikiem a szpitalem.

8. Czy planowane są zmiany w finansowaniu SOR-ów, które uwzględnią rzeczywiste obciążenie pracą, koszty zabezpieczenia kadrowego, koszty ochrony oraz obsługi pacjentów agresywnych i nietrzeźwych?

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego odbywa się na podstawie stawki ryczału dobowego w SOR. Wysokość stawki ryczału dobowego ustalana jest zgodnie z zapisami zarządzenia Nr 8/2024/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 stycznia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć. Kalkulacji ceny jednostki rozliczeniowej w SOR dokonuje się z uwzględnieniem liczby pacjentów i rodzaju zrealizowanych procedur medycznych oraz potencjału wykonawczego rozumianego jako: personel medyczny, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, a także możliwości diagnostyczno - terapeutyczne. Finansowanie świadczeń udzielanych w SOR odbywa się w oparciu o stawkę ryczału dobowego, którego wysokość stanowi suma trzech składowych zgodnie ze wzorem: $R = S + R_s + R_f$ (w tym: R - ryczałt dobowy, S - stawka bazowa, R_s - składowa ryczału za strukturę, R_f - składowa ryczału za funkcję). Szczegółowy sposób wyliczenia ryczału dobowego oraz jego składowe opisane zostały w § 11 ww. zarządzenia.

W 2025 r. wartość świadczeń na SOR wyniosła 4 751 228 033,09 zł. Zgodnie z prognozami Narodowego Funduszu Zdrowia przewiduje się, że w bieżącym roku finansowanie SOR kształtował się będzie na poziomie 5 161 634 024,20 zł. Realny wzrost widoczny jest również w zwiększeniu średniej stawki ryczału dobowego w SOR z 54 562,04 zł w 2025 r. do 56 340,50 zł w 2026 r.

9. Czy Ministerstwo Zdrowia rozważa wdrożenie odrębnych standardów postępowania wobec pacjentów nietrzeźwych i agresywnych trafiających do SOR-ów, tak aby nie blokowali oni pomocy dla pacjentów w stanach rzeczywistego zagrożenia życia i zdrowia?

O zasadności udzielenia pacjentowi świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym decyduje jego stan zdrowia, a nie stan trzeźwości. W przypadku gdy pacjent, niezależnie od pozostawania pod wpływem alkoholu lub innych substancji odurzających, znajduje się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia i wymaga udzielenia pomocy medycznej, szpitalny oddział ratunkowy jest zobowiązany do udzielenia odpowiednich świadczeń.

Jednocześnie należy wskazać, że obecność w SOR osób znajdujących się pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych może istotnie wpływać na organizację pracy oddziału. W szczególności kontakt z takimi pacjentami bywa utrudniony, co może ograniczać możliwość uzyskania wiarygodnych informacji w toku wywiadu medycznego oraz utrudniać przeprowadzenie badań diagnostycznych. Ponadto obecność substancji

toksycznych w organizmie pacjenta może ograniczać możliwość zastosowania określonych metod leczenia. Należy również zauważyć, że pacjenci znajdujący się pod wpływem alkoholu lub innych substancji odurzających mogą przejawiać zachowania agresywne wobec personelu medycznego, a ich obecność może negatywnie wpływać na poczucie bezpieczeństwa i komfort innych pacjentów.

W związku z powyższym zasady postępowania wobec pacjentów znajdujących się pod wpływem alkoholu lub innych substancji odurzających mogą być określone w regulaminach organizacyjnych podmiotów leczniczych oraz w wewnętrznych procedurach szpitalnych, w tym w szczególności poprzez wyodrębnienie dedykowanych pomieszczeń przeznaczonych dla tej grupy pacjentów.

Z poważaniem,
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kacperczyk
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/