



ASG.050.14.2026.MK
Warszawa, 11 lutego 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
odpowiadając na interpelację (nr 14622) z 20 stycznia 2026 r., Pani Poseł Darii Gosek-Popiołek w sprawie procedur opieki nad dziecięcymi pacjentami i wyjaśnienia okoliczności hospitalizacji 12-letniej pacjentki z Limanowej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Czy zgodnie z wiedzą Ministerstwa Zdrowia rzeczywiście doszło do takiej odmowy ze strony krakowskich szpitali, w tym szczególnie Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie?

Zgodnie z wyjaśnieniami Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie: „*W odpowiedzi na pismo, znak sprawy: NFZ06-WSOZ-I.413.1.17.2026, z dnia 12 stycznia 2026 r. uprzejmie informuję, że po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego i rozmów z Starszym Dyżurnym Szpitala, lekarzem dyżurnym Oddziału Neurologicznego oraz pracownikami Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wynika, iż kontakt telefoniczny lekarza dyżurnego Szpitala w Limanowej z dnia 4 stycznia 2026 r. nie dotyczył wniosku o przyjęcie pacjentki po zatruciu tlenkiem węgla do Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego (USDK). Lekarz ze Szpitala w Limanowej skontaktował się w pierwszej kolejności ze Starszym Dyżurnym Szpitala, a następnie bezpośrednio z lekarzem Oddziału Neurologicznego USDK. W trakcie rozmowy telefonicznej dyżurny chciał skorzystać ze specjalistycznej wiedzy pracowników naszego Oddziału, informując jednocześnie o ogólnie dobrym stanie pacjentki, przyjętym sposobie leczenia oraz planowanym transporcie dziecka do komory hiperbarycznej Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie. Rozmowa miała charakter wyłącznie konsultacyjny, co jest standardową i powszechną praktyką w systemie ochrony zdrowia i nie stanowi ani zgłoszenia pacjenta do przyjęcia, ani wniosku o hospitalizację. Dodatkowo podczas wspomnianej rozmowy lekarz ze Szpitala w Limanowej wskazał, że będzie kontaktował się z tutejszą Kliniką w przypadku wystąpienia u dziecka objawów neurologicznych.*

Z całą stanowczością podkreślam, że Szpital w Limanowej nie zwrócił się do żadnego Oddziału USDK z prośbą o przyjęcie małoletniej na dalsze leczenie. Pacjentka po zatruciu tlenkiem węgla nie została skierowana do hospitalizacji w USDK, nie mogło zatem dojść do odmowy Jej przyjęcia.”

Poniżej treść wyjaśnień lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Limanowej: „*W dniu 04.01.2026 r. pełniłam funkcję lekarza dyżurnego SOR w Limanowej. O godz. 20:07 do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego została przyjęta 11-letnia pacjentka z podejrzeniem zatrucia tlenkiem węgla. Zespół Ratownictwa Medycznego przywiózł pacjentkę po epizodzie utraty przytomności trwającym około 20 minut. Pacjentka została znaleziona nieprzytomna w łazience ogrzewanej piecykiem gazowym. W badaniu gazometrycznym wykonanym przy przyjęciu stwierdzono podwyższone stężenie karboksyhemoglobiny wynoszące 44,7%. Z uwagi na stan zagrożenia życia pacjentki, niezwłocznie wdrożono postępowanie zgodne z aktualnymi standardami, w tym*

bierną tlenoterapię wysokoprzepływową oraz pełną diagnostykę laboratoryjną i obrazową. Przypadek został pilnie skonsultowany telefonicznie z Kliniką Toksykologii NSSU w Krakowie, gdzie potwierdzono zasadność rozważenia leczenia pacjentki w komorze hiperbarycznej. W związku z tym nawiązano bezpośredni kontakt z Centrum Terapii Hiperbarycznej Szpitala im. Rydygiera w Krakowie, gdzie pacjentka została wstępnie zakwalifikowana do leczenia, a pierwszy termin sesji terapeutycznej wyznaczono na dzień 05.01.2026 r. na godz. 00:00. Podczas rozmowy z lekarzem dyżurnym Centrum Terapii Hiperbarycznej zaproponowano rozważenie przekazania pacjentki do ośrodka położonego bliżej miejsca hospitalizacji, z uwagi na planowaną konieczność przeprowadzenia kilku sesji hiperbarycznych. W związku z powyższym podjęto próby przekazania pacjentki w stanie zagrożenia życia do placówek o wyższym stopniu referencyjności.

Skontaktowano się ze Szpitalem im. S. Żeromskiego w Krakowie, gdzie zalecono kontakt ze Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie, z uwagi na dostęp do pełnego zaplecza specjalistycznego, w tym neurologii dziecięcej. Następnie wykonano kontakt telefoniczny z SOR Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, gdzie poinformowano, iż przekazanie pacjentki bezpośrednio z SOR do innego SOR nie jest możliwe. Zalecono kontakt ze starszym dyżurnym szpitala.

W kolejnym etapie skontaktowano się telefonicznie ze starszym dyżurnym - dyżurnym Kliniki Chorób Dzieci-dr Pacek- celem przekazania pacjentki. Po przedstawieniu stanu klinicznego pacjentki odmówiono jej przyjęcia, wskazując, iż oddział nie prowadzi obserwacji pacjentów po zatruciu tlenkiem węgla. Zalecono kontakt z Kliniką Neurologii. W trakcie rozmowy telefonicznej z dyżurnym Kliniki Neurologii uznano, iż na obecnym etapie stan pacjentki nie kwalifikuje jej do hospitalizacji w oddziale neurologii. Zalecono pilny kontakt w przypadku pogorszenia stanu neurologicznego, co zostało odnotowane w dokumentacji medycznej.

Wobec braku możliwości przekazania pacjentki do innego ośrodka, przy jednoczesnym zapewnieniu ciągłości leczenia specjalistycznego, podjęto decyzję o pozostawieniu pacjentki w Szpitalu w Limanowej, skąd była dowożona na zaplanowane sesje terapii hiperbarycznej.

Po zakończeniu pierwszej sesji leczenia hiperbarycznego pacjentka została przekazana do Oddziału Chorób Dzieci Szpitala w Limanowej celem dalszej obserwacji i kontynuacji leczenia. Wielokrotne próby przekazania pacjentki do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności świadczą o podejmowaniu intensywnych i udokumentowanych działań zmierzających do znalezienia najbardziej optymalnego rozwiązania terapeutycznego w opisaney sytuacji klinicznej, z uwzględnieniem dobra pacjentki, bezpieczeństwa leczenia oraz ciągłości opieki medycznej."

Reasumując, wyjaśnienia przedstawione przez obydwie podmioty lecznicze są sprzeczne. Pracownicy Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie twierdzą, że nie otrzymali prośby o przyjęcie pacjentki do szpitala, natomiast Szpital w Limanowej twierdzi, że taką prośbę skierował i otrzymał odmowę.

Jakie kroki zostały podjęte przez resort w celu wyjaśnienia tej sytuacji?

Wyjaśnienie sprawy zostało zlecone Małopolskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z właściwością rzeczową oraz terytorialną. Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zwrócił się z prośbą o wyjaśnienia do obydwu podmiotów leczniczych i przesłał do Ministerstwa Zdrowia podsumowania dokonanych ustaleń, wskazując jednocześnie, że w jego ocenie nie występują podstawy do zlecenia kontroli, czy nałożenia kar wynikających z nieprawidłowej realizacji świadczeń.

Jakie procedury obowiązują w sytuacji, gdy pacjent pediatryczny w stanie zagrożenia życia wymaga terapii wysokospecjalistycznej (np. hiperbarycznej) w placówce niemającej

oddziału dziecięcego, a najbliższy szpital o najwyższym stopniu referencyjności odmawia jego przejęcia?

Zgodnie z obowiązującymi przepisami podmiot nie posiadający oddziału dziecięcego ma obowiązek przyjąć dziecko znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – zgodnie z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Jeśli dany podmiot posiada umowę o udzielanie analogicznych świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób dorosłych - Narodowy Fundusz Zdrowia posiada procedurę indywidualnego rozliczania tzw. świadczeń udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy.

Jeśli podmiot nie posiada umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zastosowanie znajduje art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie, z omawianym przepisem w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie.

Świadczeniodawca ma w takiej sytuacji prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym.

Czy system koordynacji miejsc szpitalnych w Małopolsce zawiódł w przypadku pacjentki wymagającej intensywnej opieki, zmuszając służby medyczne do wielokrotnych transportów w niebezpiecznych warunkach? Jeśli tak – czym jest spowodowana ta sytuacja i jak Ministerstwo Zdrowia chce ją poprawić?

Zgodnie z art. 44 ust 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o PRM”, zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego albo krajowego koordynatora ratownictwa medycznego.

Szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego niezwłocznie udzielają niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu, pacjentowi urazowemu dziecięcemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 33 ust.1 ustawy o PRM).

Natomiast w myśl art. 33 ust. 2 ww. ustawy w razie konieczności szpital, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zapewnia niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego, pacjenta urazowego dziecięcego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

Mając powyższe na uwadze informuję, iż w przypadku konieczności wdrożenia leczenia w innym podmiocie leczniczym, pacjent powinien zostać przekazany do tego podmiotu za pośrednictwem transportu sanitarnego.

Jakie systemowe rozwiązania mogłyby wykluczyć możliwość odmowy przyjęcia pacjenta w stanie krytycznym? Jakie prace toczą się obecnie na tym polu w Ministerstwie Zdrowia?

Jak wynika z ustaleń przeprowadzonych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie zawiodyły obecnie funkcjonujące rozwiązania.

Zgodnie z § 13 ust. 5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej „*Odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałoby być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem w rozumieniu art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej*”. Jest to przepis prawa powszechnie obowiązującego. W związku z powyższym ustalając przeniesienie pacjenta z jednego szpitala do drugiego lekarz chcący przenieść pacjenta winien skonsultować się z lekarzem oddziału, do którego pacjent ma być przeniesiony.

Podkreślić należy, że w opisywanym przypadku szpital w Limanowej zapewnił pacjentce niezbędne świadczenia opieki zdrowotnej. Jak wynika z przeprowadzonych ustaleń po leczeniu pacjentka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym. Nie można zatem mówić o braku rozwiązań systemowych. W omawianej sprawie problemem był raczej brak skutecznej komunikacji pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu diagnostyczno-terapeutycznego, nie zaś brak procedur czy rozwiązań systemowych, które istnieją lecz nie zostały wykorzystane w omawianej sprawie.

W jaki sposób Ministerstwo zamierza zapewnić bezpieczeństwo pacjentom z mniejszych ośrodków, którzy w sytuacjach nagłych są uzależnieni od wydolności ośrodków wojewódzkich?

W pierwszej kolejności uprzejmie informuję, że nie każdy pacjent znajdujący się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wymaga leczenia w specjalistycznym ośrodku. W sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego wzywany jest zespół ratownictwa medycznego. Zespół ratownictwa medycznego wykonuje medyczne czynności ratunkowe i w razie konieczności transportuje osobę wymagającą pomocy medycznej z miejsca zdarzenia:

- do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub
- do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo lekarza koordynatora ratownictwa medycznego lub
- do szpitala udzielającego świadczeń zgodnych z rodzajem i stopniem ciężkości urazu lub zachorowania, np. do centrum urazowego, ośrodka oparzeniowego, udarowego albo do ośrodka kardiologii interwencyjnej.

Dalsze postępowanie uzależnione jest od decyzji diagnostyczno-terapeutycznych podejmowanych przez pracowników szpitala. W zależności od stanu zdrowia pacjent może być leczony w szpitalu, do którego zostanie zawieziony przez zespół ratownictwa medycznego lub po uzgodnieniu miejsca przewieziony do innego szpitala.

Założenia systemowe nie wymagają zmiany, Ministerstwo Zdrowia nie ma jednak wpływu na to jakie decyzje podejmuje personel medyczny w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Jak również nie ma wpływu na występowanie jednostkowych sytuacji, w których zawodzi komunikacja pomiędzy członkami zespołu diagnostyczno-terapeutycznego.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/