



Minister Zdrowia

NKK1.050.11.2026.5.MS
Warszawa, 20 lipca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek
Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
X kadencji

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na zapytanie nr 3580 Pani Lidii Czechak, Jarosława Krajewskiego, Filipa Kaczyńskiego – Posłów na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w sprawie funkcjonowania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o. (również jako: „Szpital”) oraz doniesień medialnych dotyczących sposobu obsługi pacjentów, proszę o przyjęcie poniższego.

Pytanie 1.

Informuję, że nadzór nad Szpitalem sprawuje m.st. Warszawa, posiadające całość jego udziałów. Niemniej, wobec napływających w ostatnim czasie informacji medialnych wskazujących na występujące nieprawidłowości w ww. Szpitalu, Minister Zdrowia podjął działania, o czym mowa w odpowiedzi na pytanie 2 i 4.

Podkreślić również należy, że z oficjalnego komunikatu Prokuratury Okręgowej w Warszawie wynika, że w sprawie nieprawidłowości w funkcjonowaniu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (również jako: „SOR”) Warszawskiego Szpitala Południowego sp. z o.o. wszczęte zostały śledztwa, w szczególności w kwestii przyjmowania pacjentów w sposób niezgodny z zasadami triażu i bez oparcia na przesłankach medycznych.

Postępowanie prowadzone przez prokuraturę jest gwarantem właściwego ustalenia przebiegu zdarzeń, wyjaśnienia okoliczności sprawy czy zabezpieczenia dowodów.

Pytanie 2.

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o. jest prowadzony w formie spółki kapitałowej, a całość udziałów Szpitala posiada m.st. Warszawa. Szpital nie jest jednostką podległą ani nadzorowaną przez Ministra Zdrowia.

Wobec powyższego, do podjęcia czynności audytowych czy kontrolnych w Szpitalu, w pierwszej kolejności zobowiązane jest m.st. Warszawa.

Z posiadanych przez Ministerstwo Zdrowia informacji wynika, że w sprawę nieprawidłowości, do jakich dochodzić miało w Szpitalu, zaangażował się Prezydent m.st. Warszawa, który zlecił w Szpitalu przeprowadzenie audytu, stosowne postępowania prowadzi również Prokuratura Okręgowa w Warszawie. Jednocześnie, 15 czerwca 2026 r., w Szpitalu rozpoczęła się kontrola prowadzona przez jednostkę nadzorowaną przez Ministra Zdrowia, tj. Narodowego Funduszu Zdrowia („NFZ”), na podstawie art. 61v ustawy

z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹, o czym szerzej w odpowiedzi na pytanie 4.

Niezależnie od powyższego, Minister Zdrowia skorzystał z, przysługujących mu, na mocy przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², uprawnień kontrolnych wobec podmiotów leczniczych, zlecając przeprowadzenie kontroli określonym podmiotom i organom. Jednocześnie, w zależności, od pojawiających się nowych okoliczności wskazujących na występowanie nieprawidłowości w innych obszarach działalności Szpitala, Minister Zdrowia podejmuje adekwatne działania – jak w szczególności rozszerzanie zakresów prowadzonej kontroli.

Obecnie w Szpitalu prowadzone są kontrole zlecone przez Ministra Zdrowia w zakresie:

- oceny prawidłowości całości postępowania personelu medycznego SOR Szpitala oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentów SOR, którzy zmarli w trakcie pobytu na SOR Szpitala,
- oceny prawidłowości podejmowanych przez Szpital czynności wobec pacjentów zmarłych w Szpitalu, w szczególności zbadanie kwestii wystawiania kart zgonów, sposobu i czasu przechowywania zwłok zmarłych pacjentów, postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu, naruszenia zakazu reklamy usług pogrzebowych, wykonywanie działalności innej niż działalność lecznicza („filmowa”) w sposób powodujący uciążliwość dla pacjenta lub przebiegu leczenia.

Dodatkowo, na podstawie art. 19h ust. 1-4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty³, Minister Zdrowia wystąpił do Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego („CMKP”) o przeprowadzenie kontroli w Szpitalu w zakresie prawidłowości przebiegu szkolenia specjalizacyjnego lekarza, który odbywał szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w trybie pozarezydenckim na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii ww. Szpitala. Wobec powyższego Dyrektor CMKP, zarządził niezwłocznie podjęcie wszelkich niezbędnych czynności i przygotowanie stosownej dokumentacji w celu pilnego przeprowadzenia kontroli ww. podmiotu leczniczego w zakresie przebiegu szkolenia specjalizacyjnego wszystkich lekarzy odbywających szkolenie oraz weryfikacji warunków akredytacji w niżej wymienionych dziedzinach medycyny: 1) anestezjologia i intensywna terapia; 2) medycyna ratunkowa; 3) chirurgia ogólna.

Jednocześnie, prowadzona jest kontrola Ministra Zdrowia z zakresu zaistnienia przypadków istotnych niepożądanych reakcji lub istotnych niepożądanych zdarzeń w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji i banku komórek rozrodczych i zarodków zgodnie z art. 69 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności⁴, jak również kontrola w zakresie realizacji umowy z dnia 29 maja 2024 r. nr 15/31/2830/2024/2186/63 na realizację Programu pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028.

Pytanie 3.

Ministerstwo Zdrowia nie posiada potwierdzonych informacji o funkcjonowaniu procedur umożliwiających uprzywilejowane przyjmowanie określonych grup pacjentów. Ewentualne stosowanie takich procedur byłoby niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

Przepisy regulujące funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych nie przewidują możliwości tworzenia formalnych ani nieformalnych ścieżek przyjęć dla wybranych grup pacjentów, w tym osób pełniących funkcje publiczne. W przypadku Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, o kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych decyduje wyłącznie stan

¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm., dalej jako: „ustawa o świadczeniach”.

² Dz. U. z 2026 r. poz. 156.

³ Dz. U. z 2026 r. poz. 37, z późn. zm.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 442.

zdrowia pacjenta i stopień zagrożenia życia lub zdrowia. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁵, w SOR przeprowadzana jest segregacja medyczna (triaż), w ramach której pacjenci kwalifikowani są do odpowiednich kategorii pilności. Pierwszeństwo w udzielaniu świadczeń mają osoby znajdujące się w najcięższym stanie zdrowia.

Przyjmowanie pacjentów poza kolejnością wynikającą z kategorii pilności, stanowiłoby naruszenie obowiązujących zasad organizacji pracy SOR i byłoby sprzeczne z podstawowymi zasadami etyki zawodów medycznych.

Pytanie 4

NFZ prowadzi w Szpitalu kontrolę. Kontrola w ww. Szpitalu rozpoczęła się 15 czerwca 2026 r., a planowana data jej zakończenia to 10 sierpnia 2026 r. Z uwagi na zebrany już bardzo obszerny materiał dowodowy, na bieżąco podawany analizie, NFZ nie wykluczał zarówno rozszerzenia zakresu kontroli o kolejne obszary, jak i przedłużenia trwania samej kontroli.

Pytanie 5

Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje informacjami dotyczącymi wynagrodzenia kierownika SOR w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.

Pytanie 6

W okresie od 1 stycznia 2021 r. do 10 lipca 2026 r. wpłynęły 2 sygnały obywatelskie, dotyczące oczekiwań na świadczenia na SOR Szpitala i prawdopodobieństwo udzielania poza kolejnością świadczeń ginekologicznych pacjentce, która była rodziną pracownika szpitala (2025 r.), jak również dotyczące podejrzania naruszenia obowiązków podatkowych oraz popełnienia czynów zabronionych skarbowych w związku z funkcjonowaniem uprzywilejowanej ścieżki obsługi wybranych pacjentów (2026 r.).

Do NFZ, w okresie 2025-2026, wpłynęło 69 skarg dotyczących Szpitala. Nie zidentyfikowano skarg wprost dotyczących nierównego traktowania pacjentów.

Ministerstwo Zdrowia nie posiada wiedzy odnośnie skarg, które wpływały do Rzecznika Praw Pacjenta.

Pytanie 7

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach, każdy świadczeniodawca ma obowiązek prowadzić harmonogram przyjęć dla każdej komórki organizacyjnej i umieszczać w nim każdego pacjenta, któremu udzielił świadczenia oraz wskazać, w jaki sposób pacjentowi wyznaczono termin. Zgodnie z podstawową zasadą, jeżeli świadczeniodawca nie może udzielić świadczenia w dniu zgłoszenia, to zobowiązany jest do wpisania osoby na listę oczekujących (która stanowi część harmonogramu przyjęć) i wyznaczenia terminu zgodnie z kryteriami medycznymi i datą zgłoszenia. Wpisowi na listę oczekujących nie podlegają osoby korzystające z prawa do świadczeń poza kolejnością, osoby przyjęte w stanie nagłym (tj. w przypadkach ratowania życia i zdrowia) oraz osoby kontynuujące leczenie (których termin wynika z przyjętego planu leczenia). Należy podkreślić, że aby osoba mogła skorzystać z posiadanego prawa do korzystania poza kolejnością, musi przedstawić dokument potwierdzający to prawo, a świadczeniodawca jest zobowiązany do odnotowania tych danych i przekazania do NFZ. Warto także wskazać, że w harmonogramie przyjęć konieczne jest uwzględnianie także przypadków udzielania świadczenia w stanie nagłym (tj. zagrożenia życia i zdrowia) – jest to jedyna sytuacja, w której wpis w harmonogram przyjęć może zostać dokonany niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, ale także ten przypadek musi zostać odnotowany.

⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 1646, z późn. zm.

Przepisy regulują także procedurę ustalania kolejności udzielania świadczeń w przypadku konieczności wpisu na listę oczekujących. Podstawową zasadę w tym zakresie określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶, zgodnie z którą w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, procedura ustalania kolejności dostępu do świadczeń musi być przejrzysta, obiektywna i oparta na kryteriach medycznych. W polskim systemie przyjęto, że pacjent może być zakwalifikowany albo jako przypadek pilny albo stabilny (pacjent pilny powinien otrzymać termin wcześniejszy niż stabilny). W przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjent stabilny może zwrócić się do świadczeniodawcy o przyspieszenie terminu. Każda sytuacja zmiany kryterium medycznego także musi być odnotowana na liście oczekujących.

Aby zapewnić coraz lepszy monitoring poprawności prowadzenia harmonogramów przyjęć, wprowadzane są narzędzia zapewniające transparentność ich prowadzenia. Jednym z rozwiązań jest poszerzanie zakresu świadczeń, których harmonogramy przyjęć muszą być prowadzone w aplikacji udostępnianej świadczeniodawcom przez NFZ („aplikacja AP KOLCE”). Obowiązek prowadzenia harmonogramów przyjęć w aplikacji AP KOLCE oznacza, że harmonogramy przyjęć (w tym listy oczekujących) prowadzone przez wszystkich świadczeniodawców udzielających danego świadczenia opieki zdrowotnej znajdują się w jednym, centralnym systemie, co zapewnia NFZ dostęp do aktualnych danych dotyczących czasów oczekiwania oraz liczby osób oczekujących na takie świadczenie w skali kraju i przez to umożliwia bieżące monitorowanie prawidłowości prowadzenia list oczekujących, prowadzenie szczegółowych analiz czasów oczekiwania oraz eliminowanie przypadków wielokrotnych zapisów tej samej osoby na to samo świadczenie. Od 1 maja 2025 r. obowiązkiem prowadzenia harmonogramów w aplikacji AP KOLCE objęto 8 dodatkowych zakresów świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i planowane jest dalsze poszerzenie tych obowiązków w zakresie wybranych procedur zabiegowych wykonywanych w warunkach szpitalnych.

Jednocześnie, od 1 stycznia 2026 r.⁷ uruchomiono centralną elektroniczną rejestrację, która sukcesywnie będzie obejmowała coraz szerszy zakres świadczeń. Centralna e-rejestracja znosi obowiązek prowadzenia odrębnych list oczekujących przez poszczególnych świadczeniodawców na rzecz wspólnej listy do wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń z danego zakresu (tj. centralnego wykazu oczekujących). Pacjenci, którzy nie uzyskają terminu świadczenia są umieszczani w centralnym wykazie oczekujących, a system automatycznie monitoruje ich „miejsce w kolejce” i gdy tylko pojawia się termin spełniający określone przez niego kryteria, pacjent zostaje automatycznie zapisany na świadczenie. Centralna e-rejestracja wprowadzając jednolity system zarządzania listami oczekujących, umożliwia bieżące monitorowanie i transparentność danych o harmonogramach i osobach oczekujących na udzielenie świadczenia.

Centralna e-rejestracja zapewnia transparentność procesu rejestracji poprzez rejestrowanie operacji związanych z umawianiem, zmianą oraz odwoływaniem wizyt. Rozwiązanie ogranicza możliwość stosowania niejednorodnych zasad dostępu do świadczeń. Dodatkowo system uniemożliwia jednoczesne utrzymywanie przez pacjenta więcej niż jednej aktywnej rezerwacji na to samo świadczenie realizowane na podstawie takiego samego skierowania co ogranicza blokowanie terminów i sprzyja ich bardziej efektywnemu wykorzystaniu.

Dodatkowo prowadzone są również prace nad wdrożeniem centralnej e-kolejki, której celem będzie zapewnienie jednolitych i przejrzystych zasad prowadzenia list oczekujących na planowe leczenie szpitalne. Rozwiązanie to ma zwiększyć transparentność procesu

⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.

⁷ przyjęte ustawą z dnia 26 września 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1537).

oczekiwania na świadczenia, umożliwić pacjentom śledzenie statusu skierowania oraz usprawnić zarządzanie kolejkami do planowego leczenia szpitalnego. W nowym modelu podstawą wpisu będzie e-skierowanie, a cały proces będzie rejestrowany w systemie centralnym. Dzięki temu każde działanie będzie pozostawiało ślad cyfrowy – będzie wiadomo, kiedy pacjent został wpisany, jaką miał pozycję, kiedy nastąpiła zmiana statusu i z jakiego powodu. Co więcej, pacjentowi zostanie automatycznie przypisany oddział szpitalny, który może przyjąć go najszybciej. Ewentualnie pacjent będzie mógł samodzielnie wybrać preferowane miejsce leczenia.

Podkreślić również należy, że zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W zakresie powyższych zasad obowiązują przewidziane przez ustawodawcę wyjątki, mianowicie określone grupy świadczeniobiorców korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, tj. bez obowiązku oczekiwania zgodnie z kolejnością wynikającą z list oczekujących. Na mocy art. 47c ust. 1 ustawy o świadczeniach, wskazano katalog osób, które zostały uprawnione do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach, a do grup tych w szczególności należą: kobiety w ciąży, osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zasłużeni honorowi dawcy krwi, zasłużeni dawcy przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci, działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych.

Uregulowania prawne określone w art. 20 ustawy o świadczeniach, jak również przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁸ definiują w sposób jednoznaczny i spójny zasady dotyczące dostępu do świadczeń oraz warunki prowadzenia list oczekujących na realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jak i zasady umieszczania na listach świadczeniobiorców.

Natomiast na podstawie art. 61v ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach Prezes Funduszu jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli bez uprzedniego zawiadomienia, w przypadku, gdy jest to niezbędne dla przeciwdziałania ograniczeniom dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w zakresie realizacji obowiązków, o których mowa w art. 20.

Jednocześnie informuję, że w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych funkcjonuje system segregacji medycznej (triażu). W ramach triażu pacjentom przydzielana jest jedna z pięciu kategorii pilności – od kategorii czerwonej, oznaczającej konieczność natychmiastowego podjęcia działań medycznych, do kategorii niebieskiej, w przypadku której dopuszczalny czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem SOR może wynosić do 240 minut od momentu zakwalifikowania na pierwszy kontakt z lekarzem SOR. Proces segregacji medycznej realizowany jest z wykorzystaniem systemu TOPSOR, opartego na algorytmie Emergency Severity Index (ESI). Kategoria pilności ustalana jest na podstawie obiektywnych kryteriów medycznych, w szczególności:

- zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta,
- konieczności pilnej interwencji medycznej,
- przewidywanego zakresu zasobów niezbędnych do udzielenia świadczeń,
- parametrów życiowych pacjenta.

⁸ Dz. U. Nr 200, poz. 1661.

Ostateczną decyzję o przydzieleniu odpowiedniej kategorii pilności podejmuje osoba przeprowadzająca segregację medyczną. Ponadto, pacjenci przebywający w SOR podlegają okresowej ponownej ocenie ich stanu zdrowia, która powinna być przeprowadzana nie rzadziej niż co 90 minut. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta możliwa jest zmiana wcześniej przyznanej kategorii pilności.

Pytanie 8

Obecnie funkcjonujące rozwiązania zapewniają wysoki poziom przejrzystości procesu przyjmowania pacjentów w SOR. Pacjenci zgłaszający się do SOR pobierają w automacie biletowym indywidualny numer identyfikacyjny. W przypadku pacjentów przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego numer pobierany jest przez członków zespołu. System TOPSOR rejestruje wszystkie kluczowe etapy pobytu pacjenta w SOR, w tym:

- czas rejestracji,
- czas przeprowadzenia segregacji medycznej,
- czas pierwszego kontaktu z lekarzem,
- czas obsługi na poszczególnych stanowiskach,
- czas zakończenia pobytu w SOR.

Na podstawie zgromadzonych danych system oblicza zarówno indywidualne, jak i średnie czasy oczekiwania na poszczególnych etapach obsługi, z uwzględnieniem kategorii pilności.

Jednocześnie, biorąc pod uwagę aktualną liczbę pacjentów w oddziale, system na bieżąco prognozuje przewidywany czas oczekiwania dla poszczególnych kategorii. Informacje o liczbie oczekujących pacjentów oraz kategorii pilności są prezentowane na monitorach znajdujących się w SOR. Dodatkowo dane dotyczące liczby osób oczekujących na świadczenia oraz przewidywanego czasu oczekiwania we wszystkich SOR w kraju są publikowane na portalu pacjent.gov.pl. Pacjent może również sprawdzić własny przewidywany czas oczekiwania poprzez zeskanowanie biletu w automacie znajdującym się na terenie SOR.

Mając na uwadze powyższe, należy stwierdzić, że obowiązujące przepisy oraz stosowane rozwiązania organizacyjne przewidują szereg mechanizmów służących zapewnieniu równego traktowania pacjentów oraz przejrzystości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. O kolejności udzielania pomocy decydują wyłącznie względy medyczne wynikające ze stanu zdrowia pacjenta i ustalonej kategorii pilności.

Trwają prace nad zmianami legislacyjnymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, których celem jest m.in. wzmocnienie potencjału kontrolnego NFZ. Będzie to stanowiło instrument służący poprawie bezpieczeństwa pacjentów, zapewnieniu równego dostępu do świadczeń, a także zwiększeniu przejrzystości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

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