



DLU.055.3.2026.MG
Warszawa, 16 kwietnia 2026

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na petycję z dnia 17 stycznia 2026 r. (113/113/I/2026) w sprawie symbolicznych opłat ponoszonych przez pacjentów za odbytą wizytę lub zakończone leczenie, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji będących we właściwości Ministerstwa Zdrowia.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że zasady i tryb finansowania oraz warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Zgodnie z art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach, osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane, określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia (tzw. rozporządzeniach koszykowych), wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Świadczenia te są finansowane przez publicznego płatnika - Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i realizowane na terenie Polski, jedynie w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych pomiędzy świadczeniodawcą, a NFZ. Świadczeniobiorcom (pacjentom) przysługują świadczenia gwarantowane m.in. z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy leczenia szpitalnego.

Jednocześnie należy zauważyć, że ustawa przewiduje określone wyjątki od tej zasady, wprowadzające obowiązek częściowej odpłatności po stronie pacjenta w ściśle wskazanych przypadkach. Dotyczy to w szczególności kosztów:

- ✓ wyżywienia i zakwaterowania w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w zakładach rehabilitacji leczniczej udzielających świadczeń całodobowych w wysokości 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy (art. 18 ust. 1 ustawy o świadczeniach);
- ✓ przejazdu na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową i z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej oraz częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowiskowym (art. 33 ust. 3 ustawy o świadczeniach);
- ✓ przejazdu środkami transportu sanitarnego w sytuacjach, gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga natychmiastowego leczenia, ale ogranicza zdolność do samodzielnego poruszania się (art. 41 ust. 3 ustawy o świadczeniach).

Mając na uwadze powyższe należy podkreślić, że ewentualne wprowadzenie dodatkowych opłat za świadczenia opieki zdrowotnej wykraczających poza obecnie obowiązujące rozwiązania wymagałoby uprzedniej zmiany przepisów ustawowych.

Jednocześnie wszelkie propozycje rozszerzenia zakresu współfinansowania świadczeń przez pacjentów muszą być rozpatrywane z dużą ostrożnością. System publicznej opieki zdrowotnej opiera się bowiem na zasadzie równego dostępu do świadczeń, niezależnie od sytuacji materialnej pacjenta. Wprowadzenie dodatkowych opłat mogłoby stanowić barierę w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, szczególnie dla osób o niższych dochodach, co w konsekwencji mogłoby prowadzić do pogłębienia nierówności w dostępie do leczenia.

Podsumowując, obowiązujące przepisy prawa nie przewidują możliwości pobierania od pacjentów dodatkowych opłat za świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, poza ściśle określonymi wyjątkami. Jednocześnie wprowadzenie nowych rozwiązań w tym zakresie wymagałoby zmian ustawowych oraz szczególnie wnikliwej oceny ich wpływu na równość dostępu do świadczeń.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/