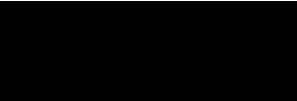




Minister Zdrowia

DLU.055.42.2026.EW
Warszawa, 26 sierpnia 2026



Szanowna Pani,

W odpowiedzi na Pani petycję z dnia 23 sierpnia 2026 r., zawierającą postulaty w zakresie poprawy dostępu do publicznej służby zdrowia, uprzejmie informuję:

1) w odniesieniu do postulatu wprowadzenia gwarantowanego maksymalnego czasu 30 dni na realizację świadczeń oznaczonych jako pilne/cito, należy wskazać, że określenie maksymalnego czasu oczekiwania dla poszczególnych świadczeń jest bardzo efektywnym narzędziem ograniczania czasu oczekiwania pod warunkiem, że jest on ustalony na poziomie, który dany system ochrony zdrowia jest w stanie zapewnić, a w przypadku przekroczenia takiego czasu, są przewidziane rozwiązania, które zagwarantują możliwość uzyskania tego świadczenia poza systemem lub na innych warunkach (np. możliwość uzyskania takiego świadczenia u świadczeniodawcy, który nie ma umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia). Takie rozwiązania wiążą się z koniecznością uruchomienia dodatkowych środków finansowych (na sfinansowanie świadczeń udzielonych na zasadach komercyjnych), co obecnie jest znacząco utrudnione. Przyjęcie, że nowe rozwiązania uda się zrealizować bez przyznania dodatkowych środków pogorszyłoby już sytuację finansową Narodowego Funduszu Zdrowia, co mogłoby przynieść odwrotny skutek od zamierzonego, tj. ograniczenie dostępności do innych świadczeń, nieobjętych mechanizmem maksymalnego czasu. Ustalanie maksymalnych czasów bez możliwości ich zagwarantowania, nie dość, że nie przyniosłoby założonego efektu poprawy dostępności, to dodatkowo powodowałoby niezadowolenie społeczne. Przy występujących ograniczeniach, obecny system, który jest elastyczny i gwarantuje, że osoba zakwalifikowana jako przypadek pilny otrzyma świadczenie w pierwszej kolejności (tj. przed osobą, której stan zdrowia pozwala na dłuższe oczekiwanie) jest obecnie optymalny i nie powinien być zmieniany;

2) w odniesieniu do postulatu wprowadzania prawa pacjenta do realizacji świadczenia w prywatnej placówce na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia, jeżeli publiczny system nie zapewni go w określonym terminie – należy wskazać, że rozwiązanie umożliwiające skorzystanie przez świadczeniobiorcę z prywatnej opieki zdrowotnej w przypadku gdy nie uzyska on świadczenia w gwarantowanym okresie wiąże się z dużym ryzykiem generowania nadmiernego popytu na świadczenia opieki zdrowotnej zarówno przez zachowania pacjentów (którzy ze względu na możliwość uzyskania finansowania ze środków publicznych świadczeń w prywatnym sektorze mogą zgłaszać większe zapotrzebowanie na świadczenia, nawet w przypadkach niezasadnych) jak i ze strony świadczeniodawców prywatnego sektora ochrony zdrowia (którzy często udzielają świadczeń opieki zdrowotnej zarówno jako podmioty posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia jak i na zasadach komercyjnych). Skutkowałoby to trudnymi do oszacowania obciążeniami na budżet, jakim dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia i w związku z powyższym na obecnym etapie takie rozwiązanie nie jest przewidywane.

3) w odniesieniu do postulatu ograniczenia zbędnych dodatkowych wizyt wymaganych jedynie z powodów administracyjnych, należy wskazać, że postulat ten jest zbyt ogólnie sformułowany. Jeżeli dotyczy on przypadku opisanego w petycji, tj. odmowy przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej udzielenia świadczenia z zakresu chorób płuc, należy wskazać, że jeżeli ten sam lekarz podpisał umowę zarówno z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to ma obowiązek realizować każdą z tych umów **w miejscu i dniach i godzinach wskazanych w umowie**. Ponadto realizując świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej musi zapewnić w miejscu udzielania świadczenia odpowiedni sprzęt diagnostyczny. Także jako lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może zlecać badania laboratoryjne i diagnostyczne w znacznie węższym zakresie niż jako lekarz specjalista.

W związku z powyższym trudno ocenić prawidłowość postępowania lekarza. Co do zasady lekarz powinien udzielać świadczeń zgodnie z posiadaną wiedzą i kompetencjami. Jeżeli jednak odrębna porada wiązała się z dodatkowymi badaniami diagnostycznymi lub laboratoryjnymi, nie mieszczącymi się w zakresie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej to lekarz postąpił prawidłowo wymagając odrębnej specjalistycznej porady.

4) w odniesieniu do postulatu określenia odpowiedzialności za wystawianie zwolnień lekarskich, uprzejmie wyjaśniam, że zasady wystawiania zwolnień lekarskich są wyczerpująco uregulowane¹ i nie wymagają zmian.

W przytoczonym jednostkowym przypadku, działanie szpitala polegające na odesłaniu pacjentki, które udzielono świadczenia do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu wystawienia zwolnienia lekarskiego było nieprawidłowe i naruszało prawa pacjenta i jako takie powinno być przedmiotem skargi do Rzecznika Praw Pacjenta.

Warto w tym miejscu przywołać orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, który potwierdził, że odsyłanie przez jeden podmiot leczniczy pacjenta do innego podmiotu, pomimo, że w danym podmiocie są zatrudnieni lekarze posiadający uprawnienia do wystawiania zwolnień, oznacza, że podmiot nie realizuje zasady kompleksowości świadczeń obejmującej wykonanie wszystkich procedur medycznych związanych z ich udzielaniem. Sąd podkreślił, że zwolnienie lekarskie jest następstwem świadczenia zdrowotnego, które przysługuje pacjentowi (osobie ubezpieczonej) na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub innego uszczerbku zdrowia (więcej o tej kwestii na stronie Rzecznika Praw Pacjenta pod linkiem <https://www.gov.pl/web/rpp/kompleksowosc-swiadczen-zdrowotnych--wydanie-zwolnienia>).

5) w odniesieniu do postulatu wprowadzenia możliwości realizacji niezbędnych badań związanych z ciążą w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia również wtedy, gdy skierowanie wystawi lekarz prowadzący ciążę prywatnie – należy wskazać, że kobiety w

¹ Zasady i tryb orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy są określone przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2026 r. poz. 854) oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim z dnia 10 listopada 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 2013).

ciąży (i w okresie porodu i połogu) mają prawo do bezpłatnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych bez względu na to czy podlegają ubezpieczeniu czy nie. Ponadto mają prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością oraz – w przypadku niektórych świadczeń – prawo do szerszego zakresu niż inni świadczeniobiorcy (informacje na ten temat można uzyskać m.in.: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/opieka-medyczna-dla-kobiet-w-ciazy>.) W związku z powyższym należy stwierdzić, że kobiety mają zagwarantowany szybki dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Nie ma w związku z powyższym konieczności, aby ze środków publicznych finansowane były świadczenia uzyskiwane na zasadach komercyjnych lub świadczenia zlecane przez prywatne placówki, nie mające umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) co do zasady dopuszcza jedynie możliwość przyjęcie do szpitala na podstawie skierowania wystawionego przez dowolnego lekarza. Natomiast skierowania na wszystkie inne świadczenia musi wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku kobiet w ciąży wyjątek stanowią badania prenatalne, na które skierowanie może wystawić dowolny lekarz prowadzący ciążę (więcej informacji pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/badania-prenatalne-bez-ograniczen-wiekowych>).

Świadczenia te realizowane są u świadczeniodawców mających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, co gwarantuje, że Fundusz poniesie koszty zgodne z dokonaną wyceną, a nie – często wielokrotnie wyższą ceną obowiązującą w sektorze prywatnym.

6) w odniesieniu do postulatów zwiększenia kontroli wykorzystania publicznej infrastruktury medycznej do działalności komercyjnej oraz zwiększania przejrzystości dotyczącej dostępności świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia i prywatnych w tych samych placówkach, należy wskazać, że już obecnie przepisy wymagają wyraźnego rozróżniania i rozdzielania zasobów wykorzystywanych przy realizacji świadczeń finansowanych ze środków prywatnych i publicznych, jeżeli świadczeniodawca udziela świadczeń z tego samego zakresu, zarówno na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia jak i na zasadach komercyjnych.

W szczególności, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów (Dz. U. z 2026 r. poz. 712)*, zwane dalej „rozporządzeniem OWU”, świadczeniodawca zawierający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia ma obowiązek przedstawienia szczegółowego harmonogramu, który zawiera informacje dotyczące dostępności miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z czasem jego pracy, sprzętu i aparatury medycznej. Harmonogram ten stanowi jeden z załączników do umowy Narodowego Funduszu Zdrowia ze świadczeniodawcą. Zarówno personel medyczny i sprzęt wykazane w harmonogramie pracy dla Narodowego Funduszu Zdrowia nie mogą być w tym samym czasie wykorzystywane do realizacji świadczeń komercyjnych.

Należy podkreślić, że zarówno na etapie zawierania umowy jak i jej realizacji Fundusz weryfikuje, czy nie występuje konflikt zgłoszonych przez danego świadczeniodawcę harmonogramu pracy personelu, zarówno w zakresie własnej struktury świadczeniodawcy, jak i z harmonogramem pracy tego personelu u innego świadczeniodawcy. Na etapie rozliczania świadczeń, zgodnie z przyjętymi zasadami weryfikacji i walidacji, także sprawdzane jest m.in. czy osoba udzielająca świadczeń była zgłoszona do ich realizacji, i czy świadczenie udzielono w czasie wynikającym z harmonogramu. Ponadto wszelkie zmiany w zakresie personelu udzielającego świadczeń muszą być zgłaszane do Funduszu.

Rozporządzenie OWU wprowadza także zakaz jednoczesnego udzielania świadczeń w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego.

Nieprawidłowa realizacja postanowień umowy, w tym nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie, jest podstawą do nałożenia kary umownej². Naruszenie zasady osobistego wykonywania świadczeń przez osoby wskazane w harmonogramie oraz zasady zakazu jednoczesnego udzielenia świadczeń w różnych miejscach jest podstawą do rozwiązania umowy w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia.³

Nieprawidłowym działaniem jest także pobieranie nienależnych opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co zagrożone jest karą grzywny⁴.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Karaszewski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

² Zgodnie z § 30 ust. 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia OWU.

³ §36 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia OWU.

⁴ Art. 193 pkt 4 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.).